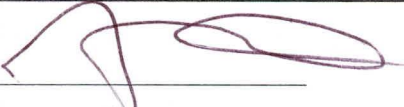


<div><div><div><div><div></div><div>Secretaría de Salud</div></div><div>Subred Integrada de Servicios de Salud</div><div>Centro Oriente E.S.E.</div></div><div>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</div><div>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN</div><div>FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN</div></div><div><div>CÓDIGO: AP-IA-FT-077</div><div>VERSIÓN: 2</div><div>FECHA: 2024-09-16</div></div></div>							
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y							
JOSE ANTONIO TORRES TORRES							
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				17.595.863			
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.			PS 5192 2024		FECHA INICIO CONTRATO		24/10/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$	6.970.808	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$	13.767.346	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$	3.659.674
Nº DE INFORME:		4		Nº CRP:	44718	Nº CDP:	3662
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		DOS (2) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:				SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:				LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA - DIRECTOR ENCARGADO			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		2		TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES		2
VALOR ADICIONADO		\$	1.568.432	CDP DE LA ADICIÓN:	4053	CRP DE LA ADICIÓN:	49651
VALOR ADICIONADO		\$	5.228.106	CDP DE LA ADICIÓN:	4120	CRP DE LA ADICIÓN:	UN (1) MES
III. POLIZAS							
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO		X	
Nº DE PÓLIZA:				NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			
FECHA DE LA PÓLIZA				FECHA DE APROBACIÓN:			
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)							
1	SE REALIZA SEGUIMIENTO DIARIO AL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS POR LOS PROMOTORES Y PROFESIONALES						
2	VERIFICACIÓN DE LOS PRODUCTOS PLANILLA DE FIRMAS, CONSENTIMIENTO INFORMADO. ARCHIVO PLANO DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS (TAMIZAJES, ALERTAS, RELACIÓN DE PREDIOS, ASIGNADOS, GESTIONADOS, PLAN DE CUIDADO FAMILIAR E INDIVIDUAL)						
3	SE REALIZA PROGRAMACIÓN PARA LAS VALORACIONES INDIVIDUALES POR EL PROFESIONAL DE MEDICINA.						
4	INDUCCIÓN Y RE INDUCCIÓN A COLABORADORES DE CONVENIO EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES HOGAR						
5	SE REALIZA PRECRÍTICA DE LAS NOTIFICACIONES GENERADAS POR LOS COLABORADORES DE EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES DE ACUERDO A LA DIRECTRICES DADAS POR LOS REFERENTES DE CADA EVENTO REPORTADO A SIVIGILA. POSTERIORMENTE SE REALIZA EL ENVÍO DE LA FICHA DE NOTIFICACIÓN AL CORREO DESTINADO PARA SU RECEPCIÓN Y CARGUE EN EL APLICATIVO						
6	SE PARTICIPA EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICA Y FORTALECIMIENTO Y CAPACIDADES CONVOCADAS POR LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD.						
7	SE REALIZA GESTIÓN DOCUMENTAL DE CADA UNO DE LOS DOCUMENTOS GENERADOS DURANTE LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS DE LOS COLABORADORES DE LOS COLABORADORES A CARGO						
8	SE REALIZA INFORME DE GESTIÓN DEL MES DE OCTUBRE, EN DONDE SE RELACIONAN LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS PARA CADA PRODUCTO.						
9	SE ASISTE A LAS REUNIONES CONVOCADAS POR LA COORDINACIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES DE HOGAR Y REUNIÓN DE EQUIPO PARA LAS LOCALIDADES A CARGO						
10	SE REALIZA CERTIFICACIÓN A CADA UNO DE LOS COLABORADORES A CARGO, VERIFICANDO EL CUMPLIMIENTO DE LAS HORAS DE FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES Y HORAS OPERATIVAS.						
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL							
No. DE PLANILLA:		4582401881		OPERADOR:		SOI	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO		VALOR PAGADO	
SALUD:		COMPENSAR		09/12/2024		\$ 261.500	
PENSIÓN:		PORVENIR		09/12/2024		\$ 334.600	
RIESGOS LABORALES:		SURA		09/12/2024		\$ 51.000	
OTRO							
TOTAL PAGADO						\$ 647.100	
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA							
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro. 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pension, rut) 3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro. 4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.							
VII. ANEXOS (Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)							
Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente							
<div></div> <div>JOSE ANTONIO TORRES TORRES NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA CC: 17.595.863 CEL: 3183905723</div>							

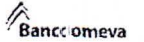
 Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16	
DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/12/2024					
NOMBRES Y APELLIDOS:	JOSE ANTONIO TORRES TORRES			CC:	17.595.863
CORREO ELECTRÓNICO:	joseatorrea2519@gmail.com			RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 18G 16 72			TELÉFONO:	3183905723
				CIUDAD:	BOGOTÁ
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.					
NO tomaré costos y deducciones				(X)	
SI tomaré costos y deducciones				()	
La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.					
Regimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación				SI ()	NO (X)
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BBVA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					132355090
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 5192 2024	Nº CDP:	4120	Nº. RP:	
					PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:
					DOS (2) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	24/10/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		9/01/2025	VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES :
					\$ 13.767.346
PERIODO OBJETO DE COBRO:	10/12/2024 AL 31/12/2024				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 3.659.674				
TRES MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE					
					
NOMBRE: JOSE ANTONIO TORRES TORRES CC 17.595.863 CEL 3183905723					

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16																									
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y																													
NOMBRE DEL CONTRATISTA			JOSE ANTONIO TORRES TORRES																										
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			17.595.863																										
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS																													
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR																											
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5192 2024		FECHA INICIO CONTRATO																									
				24/10/2024																									
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 6.970.808																											
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 13.767.346		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:																									
				\$ 3.659.674																									
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		4		Nº CRP INICIAL:																									
				44718																									
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		DOS (2) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS																											
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		4582401881		OPERADOR:																									
				SOI																									
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		CONVENIO MAS BIENESTAR - DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD																											
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO																											
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA - DIRECTOR ENCARGADO																											
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES																													
Nº DE MODIFICACIÓN:		Nº (2)		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):																									
VALOR ADICIONADO		\$ 1.568.432		CDP DE LA ADICIÓN: 4053																									
				RP DE LA ADICIÓN: 49651																									
VALOR ADICIONADO		\$ 5.228.106		CDP DE LA ADICIÓN: 4120																									
				RP DE LA ADICIÓN:																									
				TIEMPO PRORROGADO: NUEVE (9) DIAS																									
				UN (1) MES																									
III. POLIZAS (SI APLICA)																													
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO																									
				X																									
Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:																											
FECHA DE LA PÓLIZA		ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:																											
IV. VERIFICACIÓN DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS																													
SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>ITEM</th> <th>CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS</th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?</td> <td>X</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO	1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X		2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	X		3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	X		4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?	X		5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X	
ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO																										
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X																											
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	X																											
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	X																											
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?	X																											
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X																											
Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del 10/12/2024 AL 31/12/2024																													
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		<div style="text-align: center;">  NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA CARGO: DIRECTOR ENCARGADO </div> <div style="text-align: center;">  NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA PERFIL: PROFESIONAL APOYO </div>																											



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

5192



TIPO IDENTIFICACIÓN: NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: CIUDAD/MUNICIPIO: DIRECCIÓN: TIPO APORTANTE: FORMA DE PRESTACIÓN: APORTANTE EXTERNO (PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		DATOS GENERALES DEL APORTANTE CÉDULA DE CIUDADANÍA: NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: JOSE ANTONIO TORRES TORRES 17595863 SOACHA DEPARTAMENTO: CRA 18 G 16 72 TELEFONO: 2222222 CLASE APORTANTE: PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA: ÚNICO Actividades reguladoras y licencias de la act NO		NÚMERO PLANILLA: PERIODO COTIZACIÓN OTROS DÍAS DE MORA: FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		4562401881 noviembre AÑO 2024 0 1024/12/09		TIPO DE PLANILLA: PERIODO COTIZACIÓN SALUD: NÚMERO AUTORIZACIÓN: INDEPENDIENTES 2024 9991013085	
--	--	---	--	---	--	---	--	--	--

CÓDIGO	ADMINISTRADORA	NOMBRE	Nº. COTIZANTES	COTIZACIÓN	TOTAL APORTES A PENSIÓN		SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	MORA	FSP	APORTE	TOTALES		VALOR PAGADO
					EMPLEADOR	COTIZANTE							MORA	DESCUENTO	
230301	EPS008	COMPENSAR	1	\$ 34.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 34.600	\$ 0	\$ 0	\$ 34.600
SUBTOTALES:												\$ 34.600	\$ 0	\$ 0	\$ 34.600

CÓDIGO	ADMINISTRADORA	NOMBRE	Nº. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD	LICENCIA MATERNIDAD	SALDO A FAVOR	LIQUIDACIÓN	MORA	FSP	APORTE	TOTALES		VALOR PAGADO
											MORA	DESCUENTO	
EPS008	EPS008	COMPENSAR	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 261.500	\$ 0	\$ 0	\$ 261.500	\$ 0	\$ 0	\$ 261.500
SUBTOTALES:							\$ 261.500	\$ 0	\$ 0	\$ 261.500	\$ 0	\$ 0	\$ 261.500

CÓDIGO	ADMINISTRADORA	NOMBRE	Nº. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP	PAGO A OTROS	RIESGOS	PLANILLA	VALOR	LIQUIDACIÓN	MORA	FSP	APORTE	TOTALES		VALOR PAGADO
													MORA	DESCUENTO	
14-11	14-11	ARL SURA	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 51.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 51.000	\$ 0	\$ 0	\$ 51.000
SUBTOTALES:								\$ 51.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 51.000	\$ 0	\$ 0	\$ 51.000

DATOS DEL COTIZANTE										LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES										PARAFISCALES									
Nº	IDENTIFICACIÓN	M. MENES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	IND	MST	MST	MST	MST	MST	MST	MST	MST	MST	MST	MST	MST	MST	MST	MST	MST	MST	MST	MST	MST	MST
230301	230301	230301	230301	230301	230301	230301	230301	230301	230301	230301	230301	230301	230301	230301	230301	230301	230301	230301	230301	230301	230301	230301	230301	230301	230301	230301	230301	230301	230301
230301	230301	230301	230301	230301	230301	230301	230301	230301	230301	230301	230301	230301	230301	230301	230301	230301	230301	230301	230301	230301	230301	230301	230301	230301	230301	230301	230301	230301	230301

TOTAL \$ 647.100

Planilla Pagada