	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIONDE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓNDE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓNDE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y						
ROLLY PINZON ANGARITA						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.014.277.426					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN MEDICINA 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 5415 2024		FECHA INICIO CONTRATO	28/10/2024		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.358.363	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 9.358.363		VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:	$ 7.018.772		
Nº DE INFORME:	2	Nº CRP:	44873	Nº CDP:	3662	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05					

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES						
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	N/A	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	(NUMERO)	PRORROGAS	(NUMERO)
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:

III. POLIZAS				
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X
Nº DE POLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
FECHA DE LA POLIZA		FECHA DE APROBACIÓN:		

ITEM	IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones especificas del contrato realizadas durante el mes)
1	Activar y notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones.
2	Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental.
3	Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión.
4	Cumplir con los estándares de consulta según la resolución 3280-2018 propuestas desde el perfil de medicina dando cumplimiento a las necesidades de consulta avaladas y autorizadas por parte de las EAPB, diligenciando correctamente los códigos CIE-10 según impresión diagnóstica, teniendo en cuenta que TODOS los productos son sujetos de auditoria. Debe cumplir con 1. Anamnsesis, 2. Revisión de sistemas, 3. Antecedentes y evaluación de riesgos, 4. Examen físico (Escalas, tamizajes e instrumentos según consulta y resolución 3280-2018), 5. Análisis y hallazgos, 6. Diagnóstico, 7. Plan de tratamiento o manejo.
5	Diligenciar la información de la atención en los aplicativos DINAMICA y GTAPS de la SDS DIARIAMENTE a completitud, con veracidad y calidad del dato dentro de las primeras 24 horas de la intervención. Se debe evidenciar registro de medidas antropometricas, tamizajes, toma de signos vitales en historia clínica y aplicativo distrital, teniendo en cuenta que TODOS los productos son sujetos de auditoria.
6	Diligenciar formato de canalización SIRC con calidad y veracidad del dato de acuerdo a las necesidades según lineamiento, dentro de las primeras 24 horas de la intervención, teniendo en cuenta que TODOS los productos son sujetos de auditoria.

7	Diligenciar y enviar fichas de notificación de SIVIGILA (Eventos de interés en salud pública), SIVIM (Eventos de violencia identificados) o SISVECOS (Ideación e intentos de suicidio) de a cuerdo al riesgo identificado, con calidad y veracidad del dato, dentro de las primeras 24 horas de la intervención, teniendo en cuenta que TODOS los productos sujetos de auditoría. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	7949288190 - 7950082032	OPERADOR:	SOI

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	13/11/2024 - 21/11/2024	$ 49.200
PENSIÓN:	PORVENIR	13/11/2024 - 21/11/2024	$ 62.900
RIESGOS LABORALES:	SURA	13/11/2024 - 21/11/2024	$ 9.800
OTRO:	N/A	N/A	$ -
	TOTAL PAGADO		$ 121.900

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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 ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion 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 período correspondiente

ROLLY PINZON ANGARITA
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
CC: 1.014.277.426
CEL: 3103873138

Secretaría de Salud 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 GESTÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/11/2024

NOMBRES Y APELLIDOS:	ROLLY PINZON ANGARITA	CC:	1.014.277.426
		RIT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	ROLYPINZON03@GMAIL.COM	TELÉFONO:	3103873138
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 63D 22 44	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:	RAPPI PAY				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	178879947

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

Nº DEL CONTRATO:	PS 5415 2024	Nº CDP:	3662	Nº. RP:	44873	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	28/10/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		30/11/2024		VALOR TOTAL DEL CONRATO INCLUDO ADICIONES : $ 9.358.363
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/11/2024 AL 30/11/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	$ 7.018.772					
	SIETE MILLONES DIECIOCHO MIL SETECIENTOS SETENTA Y DOS PESOS M/CTE					

NOMBRE: ROLLY PINZON ANGARITA
CC 1.014.277.426
CEL 3103873138

	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-AA-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			**ROLLY PINZON ANGARITA**		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			**1.014.277.426**		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN MEDICINA 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 5415 2024**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**28/10/2024**		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$**				9.358.363
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$** 9.358.363	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$** 7.018.772		
N° PAGO / N° DE INFORME:	2	**N° CRP INICIAL:** 44873	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	3662	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	7949288190-7950082032	**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:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
N° DE MODIFICACION:	**N° ( )**	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRORROGA):**		**ADICION ( )**	**PRORROGA ( )**
VALOR ADICIONADO	**$** -	**CDP DE LA**	**RP DE LA**	**TIEMPO**	(MESES O DIAS)
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	X	
N° DE POLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			
FECHA DE LA POLIZA		**ACTO ADMINISTRATIVO DE**			

IV. VERIFICACION 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.

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 **01/11/2024 AL 30/11/2024**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:** **LORENZA BECERRA CAMARGO** **CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05** **NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:** **SANTIAGO SERRANO ROJAS** **PERFIL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1014277426
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ROLLY PINZON ANGARITA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 106 #70A - 28	TELÉFONO:	3103873
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de atención de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	02 - MAGDALENA
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**7950082032**		TIPO DE PLANILLA:		N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	octubre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	octubre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		13			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/11/21	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1065188666

NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:
7949288190	2024/11/13

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 42.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 42.000**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 32.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 32.800**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 6.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 6.500**

VALOR SIN MORA:	**$ 80.500**
VALOR MORA:	**$ 800**
TOTAL PAGADO:	**$ 81.300**

Gmail

Rolly Pinzon <rolypinzon03@gmail.com>

PSE Transacción Aprobada - CUS 1065188666 ☑

<serviciospse@achcolombia.com.co>
Para: <rolypinzon03@gmail.com>

mié, 20 de nov., 6:53 p.m.



¡Hola, Rolly Pinzon Angarita!

Gracias por utilizar los servicios de BANCOLOMBIA y PSE.
Los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: **Aprobada** ✓
CUS: 1065188666
Empresa: SOTACH
Descripción: Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales
Valor de la Transacción: $ 81.300
Fecha de Transacción: 20/11/2024

Ten en cuenta estos tips de seguridad

▶Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1014277426
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ROLLY PINZON ANGARITA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 106 #70A - 28	TELÉFONO:	3103873
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de atención
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	02 - MAGDALENA
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**7949288190**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	octubre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	octubre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		5			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/11/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1047600771

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
X																

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 20.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 20.900**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 16.400
		SUBTOTAL:	1	**$ 16.400**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 3.300
		SUBTOTAL:	1	**$ 3.300**

VALOR SIN MORA:	**$ 40.300**
VALOR MORA:	**$ 300**
TOTAL PAGADO:	**$ 40.600**

Gmail

Rolly Pinzon <rolypinzon03@gmail.com>

PSE Transacción Aprobada - CUS 1047600771

<serviciopse@achcolombia.com.co>
Para: <rolypinzon03@gmail.com>

mié, 13 de nov., 4:22 p.m.



¡Hola, Rolly Pinzon Angarita!

Ten en cuenta estos tips de seguridad

Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo