| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-077**<br>**VERSIÓN: 2**<br>**FECHA: 2024-09-16** |

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y**

**JESUS ALBERTO ROJAS MORENO**

| | |
|---|---|
| **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | 1.018.453.388 |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO ETNICO 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 5352 2024** | | | **FECHA INICIO CONTRATO** | **24/10/2024** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | **$** 3.280.499 | **PLAZO INICIAL DEL CONTRATO** | UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | **$** 8.939.359 | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | | $ 2.460.374 |
| **Nº DE INFORME:** | 5 | **Nº CRP:** | 44662 | **Nº CDP:** | 3662 |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) 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 MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:** | 3 | **TIPO DE MODIFICACIÓN** | **ADICIÓNES** | 3 | **PRORROGAS** | 3 | |
| **VALOR ADICIONADO** | **$** 738.112 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 4053 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 49568 | TIEMPO PRORROGADO: | NUEVE (9) DIAS |
| **VALOR ADICIONADO** | **$** 2.460.374 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 4120 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 50681 | TIEMPO PRORROGADO: | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | **$** 2.460.374 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 46 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | | TIEMPO PRORROGADO: | 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:** | | |

| ITEM | **IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO**<br>**(Deben ser coherentes con las obligaciones especificas del contrato realizadas durante el mes)** |
|---|---|
| 1 | DAR CUMPLIMIENTO A CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES. |
| 2 | REALIZAR IMPLEMENTACIONES AL PLAN DE CUIDADO FAMILIAR, A FAMILIAS DE LAS LOCALIDADES DE LOS MARTIRES Y SANTA FE. |
| 3 | ASISTIR A ASISTENCIAS TECNICAS CONVOCADAS POR LA SDS O LA SUBRED CENTRO ORIENTE. |
| 4 | ASISTIR A LA REUNION DE EQUIPO CONVOCADA POR EL PROFESIONAL DE APOYO DE LOS EQUIPOS ETNICOS |
| 5 | ASISTIR A LAS ACCIONES PROPIAS DE MEDICINA ANCESTRAL QUE SE DESARROLLAN EN EL ESPACIO KILOMBO ARONI. |
| 6 | CARGAR LA INFORMACION DE LAS FAMILIAS CARACTERIZADAS E IMPLEMENTADAS EN EL APLICATIVO. |
| 7 | REALIZAR PLANEACION Y ACOMPAÑAMIENTO EN LA ADQUISICION DE INSUMOS ANCESTRALES QUE SERAN ENTREGADOS A LAS FAMILIAS DURANTE EL MES. |
| 8 | REALIZAR ACTIVIDADES COLECTIVAS PARA TRANSMITIR CONOCIMIENTOS ANCESTRALES Y CUIDADO DEL AMBIENTE A LA COMUNIDAD. |
| 9 | ASISTIR A FORTALECIMIENTO TECNICO CON LA REFERENTE DE POLITICAS ETNICA DE LA SUBRED CENTRO ORIEN |
| 10 | REALIZAR PLANEACION Y ACOMPAÑAMIENTO EN LA ADQUISICION DE INSUMOS ANCETRALES QUE SERAN ENTREGADOS A LAS FAMILIAS DURANTE EL MES. |

**V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | 9479719131 | **OPERADOR:** | APORTES EN LINEA |

| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
|---|---|---|---|
| **SALUD:** | SANITAS | 02/01/2025 | $ 162.500 |
| **PENSIÓN:** | PROTECCION | 02/01/2025 | $ 208.000 |
| **RIESGOS LABORALES:** | SURA | 02/01/2025 | $ 31.700 |
| **OTRO** | | | |
| **TOTAL PAGADO** | | | **$ 402.200** |

**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 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 periodo correspondiente

Jesus Alberto Rojas

**JESUS ALBERTO ROJAS MORENO**
**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA**
**CC: 1.018.453.388**
**CEL: 3205144978**

| | | |
|---|---|---|
| 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<br>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN<br>FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN | CÓDIGO: AP-IA-FT-014<br>VERSIÓN: 6<br>FECHA: 2024-09-16 |

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/01/2025**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **JESUS ALBERTO ROJAS MORENO** | **CC:** | 1.018.453.388 |
| | | **RUT (NIT):** | |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | albertorojasmoreno@gmail.com | **TELÉFONO:** | 3205144978 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | KR 95 G 89 09 | **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:** | **DAVIVIENDA** | | | | |
| **NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)** | | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | 008900808190 |

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

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DEL CONTRATO:** | **PS 5352 2024** | **N° CDP:** | **3662** | **N°CRP:** | **44662** | **PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:**<br>**TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | 24/10/2024 | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | 9/02/2025 | | **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUDO ADICIONES :**<br>$ 8.939.359 |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | 01/01/2025 AL 31/01/2025 | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)** | $ 2.460.374 | | | | | |
| | **DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL TRESCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE** | | | | | |

Jesus Alberto Rojas

**NOMBRE:** JESUS ALBERTO ROJAS MORENO
**CC** 1.018.453.388
**CEL** 3205144978

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-014**<br>**VERSIÓN: 6**<br>**FECHA: 2024-09-16** |

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:** 31/01/2025

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **JESUS ALBERTO ROJAS MORENO** | **CC:** | 1.018.453.388 |
| | | **RUT (NIT):** | |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | albertorojasmoreno@gmail.com | **TELÉFONO:** | 3205144978 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | KR 95 G 89 09 | **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:** | **DAVIVIENDA** | | | | |
| **NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)** | | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **Nº CUENTA:** | **008900808190** |

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

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 5352 2024** | **Nº CDP:** | **46** | **NºCRP:** | | **PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:**<br>**TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **24/10/2024** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | **9/02/2025** | | **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUDO ADICIONES :**<br>**$ 8.939.359** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | 01/01/2025 AL 31/01/2025 | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)** | $ 2.460.374 | | | | | |
| | **DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL TRESCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE** | | | | | |

Jesus Alberto Rojas

**NOMBRE:** **JESUS ALBERTO ROJAS MORENO**
**CC** **1.018.453.388**
**CEL** **3205144978**

| | | |
|---|---|---|
| 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<br>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN<br>FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION | CÓDIGO: AP-IA-FT-078<br>VERSIÓN: 2<br>FECHA: 2024-09-16 |

| CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y | |
|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA | JESUS ALBERTO ROJAS MORENO |
| NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 1.018.453.388 |

**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

| | |
|---|---|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO ETNICO 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 5352 2024 | | FECHA INICIO CONTRATO | | 24/10/2024 |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | $ 3.280.499 | | | | |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | $ 8.939.359 | | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | | $ 2.460.374 |
| N° PAGO / N° DE INFORME: | 5 | N° CRP INICIAL: | 44662 | N° CDP INICIAL DEL CONTRATO | 3662 |
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS | TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS | | | | |
| N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL: | 9479719131 | | OPERADOR: | | APORTES EN LINEA |
| 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 MODIFICACIÓN: | N° (3) | TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA): | | | | ADICION (3) | PRORROGA (3) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VALOR ADICIONADO | $ 738.112 | CDP DE LA | 4053 | RP DE LA | 49568 | TIEMPO | NUEVE (9) DIAS |
| VALOR ADICIONADO | $ 2.460.374 | CDP DE LA | 4120 | RP DE LA | 50681 | TIEMPO | UN (1) MES |
| VALOR ADICIONADO | $ 2.460.374 | CDP DE LA | 46 | RP DE LA | | TIEMPO | UN (1) MES |

**III. POLIZAS (SI APLICA)**

| ¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO? | SI | | NO | X |
|---|---|---|---|---|
| N° DE PÓLIZA: | | NOMBRE DE LA ASEGURADORA: | | |
| FECHA DE LA PÓLIZA | | 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 **clausula "Forma de Pago. CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del 01/01/2025 AL 31/01/2025

**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**

L.T.V

**NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:**
**LILIANA TELLEZ VALBUENA**
**PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR**

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1018453388 | | ROJAS MORENO JESUS ALBERTO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CR 111C #76-58 BARRIO VILLAS DE GRANADA | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5555555 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-12 | 2024-12 | 1164284025 | 9479719131 | I | 2025/01/23 | 2025/01/02 | NEQUI | 0 | $402,200 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $208,000 | $0 | $0 | $208,000 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 1 | $208,000 | $0 | $0 | $208,000 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $31,700 | $0 | $0 | $31,700 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $31,700 | $0 | $0 | $31,700 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $162,500 | $0 | $0 | $162,500 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $162,500 | $0 | $0 | $162,500 |
| TOTAL | | | | 1 | $402,200 | $0 | $0 | $402,200 |



2024/12/20 10:59 PM