

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACION
FORMATO INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE
PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION

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

GERMAN ALONSO TORRES VASQUEZ

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		80.852.659	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN CIENCIAS AMBIENTALES 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 5206 2024	FECHA INICIO CONTRATO	10/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 5.330.760	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 14.526.321	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.199.421
Nº DE INFORME:	6	Nº CRP:	
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 MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	3	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	3	PRORROGAS	3
VALOR ADICIONADO	\$ 1.199.421	CDP DE LA ADICIÓN:	4053	CRP DE LA ADICIÓN:	49714	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 3.998.070	CDP DE LA ADICIÓN:	4120	CRP DE LA ADICIÓN:	50801	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 3.998.070	CDP DE LA ADICIÓN:	46	CRP DE LA ADICIÓN:	7764	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:	

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)

ITEM	DESCRIPCIÓN
1	PRESTAR MIS SERVICIOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED
2	APOYAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, PRESENTANDO LA INFORMACIÓN Y/O SOPORTES SOLICITADOS CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED.
3	APOYAR LAS ACTIVIDADES INHERENTES AL OBJETO DEL CONTRATO PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD Y AQUELLAS DEFINIDAS DENTRO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE LOS DIFERENTES ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.
4	DESARROLLE LOS PROCESOS DE ASISTENCIA TÉCNICA DESDE LOS DIFERENTES PROCESOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES CONFORME A MI PERFIL PROFESIONAL. EN FUNCIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS DE LOS PROCESOS TRANSVERSALES.
5	REALICE LA REVISIÓN, ALISTAMIENTO Y ENTREGA CON CALIDAD DE CADA UNO DE LOS FORMATOS, DOCUMENTOS, BASES O INFORMES GENERADOS COMO RESULTADO DE LAS ACCIONES O INTERVENCIONES REALIZADAS EN CUMPLIMIENTO A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED.
6	PARTICIPE Y GESTIONE LOS ACERCAMIENTOS COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES QUE SE REQUIRIERON, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE CADA PROCESO.
7	REALICE LA REVISIÓN, ALISTAMIENTO Y ENTREGA CON CALIDAD DE CADA UNO DE LOS FORMATOS, DOCUMENTOS, BASES O INFORMES GENERADOS COMO RESULTADO DE LAS ACCIONES O INTERVENCIONES REALIZADAS EN CUMPLIMIENTO A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED.
8	PARTICIPE Y GESTIONE LOS ACERCAMIENTOS COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES QUE SE REQUIRIERON, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE CADA PROCESO.
9	REALICE LAS DEMÁS OBLIGACIONES RELACIONADAS CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. de PLANILLA:	9480904288	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	12/02/2025	\$ 200.000
PENSIÓN:	PROTECCION	12/02/2025	\$ 256.000
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	12/02/2025	\$ 39.000
OTRO	N/A	00/01/1900	\$ -
TOTAL PAGADO			\$ 495.000

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
- 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 SMMVL (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, rut)
- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo scocp de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro.
- 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

GERMAN ALONSO TORRES VASQUEZ
 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
 CC: 80.852.659
 CEL: 3133289274



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 - GESTIÓN 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: 28/2/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	GERMAN ALONSO TORRES VASQUEZ	CC:	80.852.659
CORREO ELECTRÓNICO:	gealtova@gmail.com	RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 23C 35 47 SUR	TELÉFONO:	3133289274
		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 párrafo 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	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488414504941
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)					


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

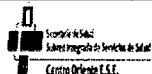
N° DEL CONTRATO:	PS 5206 2024	N° CDP:	4053	N°CRP:	7764	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS
------------------	--------------	---------	------	--------	------	---

FECHA DE INICIO CONTRATO		FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	9/02/2025	VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES : \$ 14.526.321
--------------------------	--	--------------------------------	-----------	---

PERIODO OBJETO DE COBRO: 01/02/2025 AL 09/02/2025

VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS) \$ 1.199.421
UN MILLÓN CIENTO NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS VEINTIUN PESOS M/CTE


NOMBRE: GERMAN ALONSO TORRES VASQUEZ
CC: 80.852.659
CEL: 3133289274



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACION
FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION 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	GERMAN ALONSO TORRES VASQUEZ
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	80.852.659

I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN CIENCIAS AMBIENTALES 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 5206 2024	FECHA INICIO CONTRATO	10/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 5.330.760		

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 14.526.321	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.199.421
---	----------------------	--	---------------------

Nº PAGO / Nº DE INFORME:	6	Nº CRP INICIAL:		Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	3662
---------------------------------	----------	------------------------	--	------------------------------------	-------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS
--	--

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9480904288	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

Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº (3)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):			ADICION (3)	PRORROGA (3)
VALOR ADICIONADO	\$ 1.199.421	CDP DE LA	4053	RP DE LA	TIEMPO	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 3.998.070	CDP DE LA	4120	RP DE LA	TIEMPO	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 3.998.070	CDP DE LA	46	RP DE LA	TIEMPO	UN (1) MES

III. POLIZAS (SI APLICA)

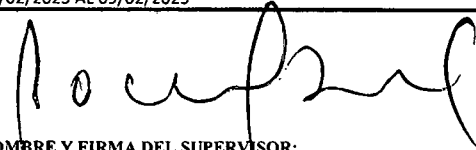
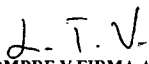
¿FACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO	X
Nº DE PÓLIZA:	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
FECHA DE LA PÓLIZA	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:		

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 scopp 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 **01/02/2025 AL 09/02/2025**

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



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 80852659		TORRES VASQUEZ GERMAN ALONSO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 23c # 35-47 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3097609	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-01	2025-01	1260272317	9480904288	I	2025/02/14	2025/02/12	BANCOLOMBIA	0	\$495,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC 80852659	TORRES VASQUEZ GERMAN ALONSO	25-14	30	\$1,600,000	\$256,000	EP5008	30	\$1,600,000	\$200,000		0	\$0	\$0	14-7	30	\$1,600,000	\$39,000	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,600,000	\$256,000			\$1,600,000	\$200,000			\$0	\$0			\$1,600,000	\$39,000		\$0	\$0

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFLIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$256,000	\$0	\$0	\$256,000	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$256,000	\$0	\$0	\$256,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$39,000	\$0	\$0	\$39,000	
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$39,000	\$0	\$0	\$39,000	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$200,000	\$0	\$0	\$200,000	
COMPENSAR	EP5008	860,066,942	7	1	\$200,000	\$0	\$0	\$200,000	
TOTAL				0	\$495,000	\$0	\$0	\$495,000	



Sucursal Virtual

11 febrero 2025 18:34:09

Pago PSE



Pago exitoso

CUS 1260272317

Comercio
APORTES EN LINEA

Referencia 1
191.156.61.104

Fecha
11 febrero 2025 18:34:09

Referencia 2
CC

Número de factura
9480904288

Referencia 3
80852659

Descripción del pago
**Pago de la Planilla de aportes con
clave: 9480904288**

Valor del Pago
\$495,000

Número de comprobante
DBghqsJ2tiHW

Costo de la transacción
\$ 0

Producto origen
**Cuenta de ahorros
**** 1276**