



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

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: | \$ 18.995.452 | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 1.568.432 |
|--|---------------|---|--------------|

| | | | | | |
|----------------|---|---------|-------|---------|------|
| Nº DE INFORME: | 6 | Nº CRP: | 44718 | 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 MODIFICACIONES DEL CONTRATO: | 3 | TIPO DE MODIFICACIÓN | ADICIONES | 3 | PRORROGAS | 3 |
|------------------------------------|--------------|----------------------|-----------|--------------------|-----------|-------------------------------|
| VALOR ADICIONADO | \$ 1.568.432 | CDP DE LA ADICIÓN: | 4053 | CRP DE LA ADICIÓN: | 49670 | TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES |
| VALOR ADICIONADO | \$ 5.228.106 | CDP DE LA ADICIÓN: | 4120 | CRP DE LA ADICIÓN: | 50759 | TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES |
| VALOR ADICIONADO | \$ 5.228.106 | CDP DE LA ADICIÓN: | 46 | CRP DE LA ADICIÓN: | 7723 | 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 DE LA ACTIVIDAD |
|------|---|
| 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, 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: | 4586118467 | OPERADOR: | SOI |
|---------------------|------------|---------------|-------------------|
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | COMPENSAR | 11/02/2025 | \$ 261.500 |
| PENSIÓN: | PORVENIR | 11/02/2025 | \$ 334.600 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 11/02/2025 | \$ 51.000 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | \$ 647.100 |

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA



- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo 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 ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a cps, arl, pensión, rut)
- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro.
- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

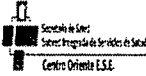
VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

Jose A. Torres
JOSE ANTONIO TORRES TORRES
 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
 CC: 17.595.863
 CEL: 3183905723

| | | | | | | |
|---|---|--|-----------|-----------------|--|---|
|  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: | | 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 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: | | BBVA | | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | N° CUENTA: |
| NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE) | | | | | | |
| NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO) | | | | | | |
| N° DEL CONTRATO: | PS 5192 2024 | N° CDP: | 4053 | N°CRP: | 44718 | 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 : \$ 18.995.452 | |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | 01/02/2025 AL 09/02/2025 | | | | | |
| VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS) | \$ 1.568.432 UN MILLON QUINIENTOS SESENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y DOS 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 CONTRATACION
FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y
APOYO A LA GESTION

CÓDIGO: AP-1A-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 PRESTACION 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:

\$

18.995.452

VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:

\$

1.568.432

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:

4586118467

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

| Nº DE MODIFICACIÓN: | Nº (3) | TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRORROGA): | | | ADICION (3) | PRORROGA (3) |
|---------------------|--------------|--|------|----------|-------------|-------------------|
| VALOR ADICIONADO | \$ 1.568.432 | CDP DE LA | 4053 | RP DE LA | 49670 | TIEMPO UN (1) MES |
| VALOR ADICIONADO | \$ 5.228.106 | CDP DE LA | 4120 | RP DE LA | 50759 | TIEMPO UN (1) MES |
| VALOR ADICIONADO | \$ 5.228.106 | CDP DE LA | 46 | RP DE LA | 7723 | TIEMPO UN (1) MES |

III. POLIZAS (SI APLICA)

| | | | |
|--------------------------------|---------------------------|----|---|
| ¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO? | SI | NO | X |
| Nº DE PÓLIZA: | NOMBRE DE LA ASEGURADORA: | | |
| FECHA DE LA PÓLIZA | ACTO ADMINISTRATIVO DE | | |

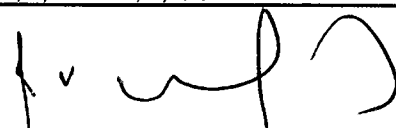
IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

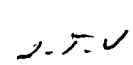
SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

| 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 01/02/2025 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



