

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

JEIMY ROCIO TORRES ORTIZ

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.030.670.646

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 5191 2024 FECHA INICIO CONTRATO 24/10/2024

| | | | | | | |
|----------------------------|---|-----------|----------------------------|-----------------------------|--|--|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | S | 6.970.808 | PLAZO INICIAL DEL CONTRATO | UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS | | |
|----------------------------|---|-----------|----------------------------|-----------------------------|--|--|

| | | | | | |
|--|---|------------|---|---|-----------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | S | 18.995.452 | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | S | 1.568.431 |
|--|---|------------|---|---|-----------|

Nº DE INFORME: 6 Nº CRP: 44717 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: | 49651 | TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES |
| VALOR ADICIONADO | \$ 5.228.106 | CDP DE LA ADICIÓN: | 4120 | CRP DE LA ADICIÓN: | 50764 | TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES |
| VALOR ADICIONADO | \$ 5.228.106 | CDP DE LA ADICIÓN: | 46 | CRP DE LA ADICIÓN: | 7728 | TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES |

III. POLIZAS

¿FACTÓ 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

| 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 específicas del contrato realizadas durante el mes) |
|------|--|
| 1 | ASISTIR A LOS FORTALECIMIENTOS TÉCNICOS ESTABLECIDOS POR SECREAETRÍA DISTRITAL DE SALUD |
| 2 | REALIZAR PROCESO DE INDUCCIÓN AL TALENTO HUMANO |
| 3 | REALIZAR PROCESOS DE ARTICULACIÓN CON PAI EXTRAMURAL Y VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA |
| 4 | REDACTAR INFORME DE GESTIÓN MENSUAL |
| 5 | REALIZAR SEGUIMIENTO PERIÓDICO A LA PRODUCTIVIDAD DEL TALENTO HUMANO |
| 6 | REALIZAR PROCESO DE PRE AUDITORIA A LOS PRODUCTOS PRESENTADOS POR EL TALENTO HUMANO, GARANTIZANDO CALIDAD DEL DATO, OPORTUNIDAD Y VERACIDAD DE LOS REGISTROS |
| 7 | REALIZAR SEGUIMIENTO EN CAMPO A LAS ACTIVIDADES REPORTADAS POR EL TALENTO HUMANO |
| 8 | REALIZAR PROCESO DE ASIGNACIÓN DE CASOS SEGÚN PERFIL Y PRIORIDADES ADSCRITAS |
| 9 | DIRIGIR Y PARTICIPAR DE LAS REUNIONES DE EQUIPO CONVOCADAS CON EL TALENTO HUMANO |
| 10 | SOCIALIZAR AL TALENTO HUMANO EDADES Y AJUSTES QUE SE DERIVEN DE LA OPERACIÓN |

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| No. DE PLANILLA: | 9481500523 | OPERADOR: | APORTES EN LINEA |
|---------------------|---------------|---------------|-------------------|
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | SANITAS | 10/02/2025 | \$ 375.100 |
| PENSIÓN: | COLPENSIONES | 10/02/2025 | \$ 480.100 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 10/02/2025 | \$ 73.100 |
| OTRO | CCF COMPENSAR | 10/02/2025 | \$ 60.100 |
| TOTAL PAGADO | | | \$ 988.400 |

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 afiliación a eps, arl, pensión, rut)
- 3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo socop 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

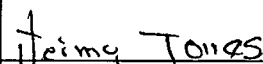
Jeimy Torres
JEIMY ROCIO TORRES ORTIZ
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
CC: 1.030.670.646
CEL: 3058179847



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 GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 6
FECHA: 2024-09-16

| DATOS DEL CONTRATISTA | | | | | | |
|---|--|--------------------------------|-----------|-----------------|--|--|
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 28/2/2025 | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS: | JEIMY ROCIO TORRES ORTIZ | | | CC: | 1.030.670.646 | |
| CORREO ELECTRÓNICO: | jeitorres78@gmail.com | | | RUT (NIT): | | |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | TV 76B 81B 12 | | | TELÉFONO: | 3058179847 | |
| | | | | 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 | | | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | Nº CUENTA: |
| NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE) | | | | | | 488404298413 |
| NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO) | | | | | | |
| Nº DEL CONTRATO: | PS 5191 2024 | Nº CDP: | 4053 | NºCRP: | 44717 | PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: 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 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) | \$ 1.568.431 UN MILLÓN QUINIENTOS SESENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y UN PESOS M/CTE | | | | | |
|  NOMBRE: JEIMY ROCIO TORRES ORTIZ CC 1.030.670.646 CEL 3058179847 | | | | | | |



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 | JEIMY ROCIO TORRES ORTIZ |
| NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 1.030.670.646 |

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 5191 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: \$ align="right">1.568.431 |
| 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: | 9481500523 | 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 | \$ 1.568.432 | CDP DE LA | 4053 | RP DE LA | 49651 | TIEMPO | UN (1) MES |
| VALOR ADICIONADO | \$ 5.228.106 | CDP DE LA | 4120 | RP DE LA | 50764 | TIEMPO | UN (1) MES |
| VALOR ADICIONADO | \$ 5.228.106 | CDP DE LA | 46 | RP DE LA | 7728 | 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 APROBACIÓN: | |

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

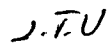
SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

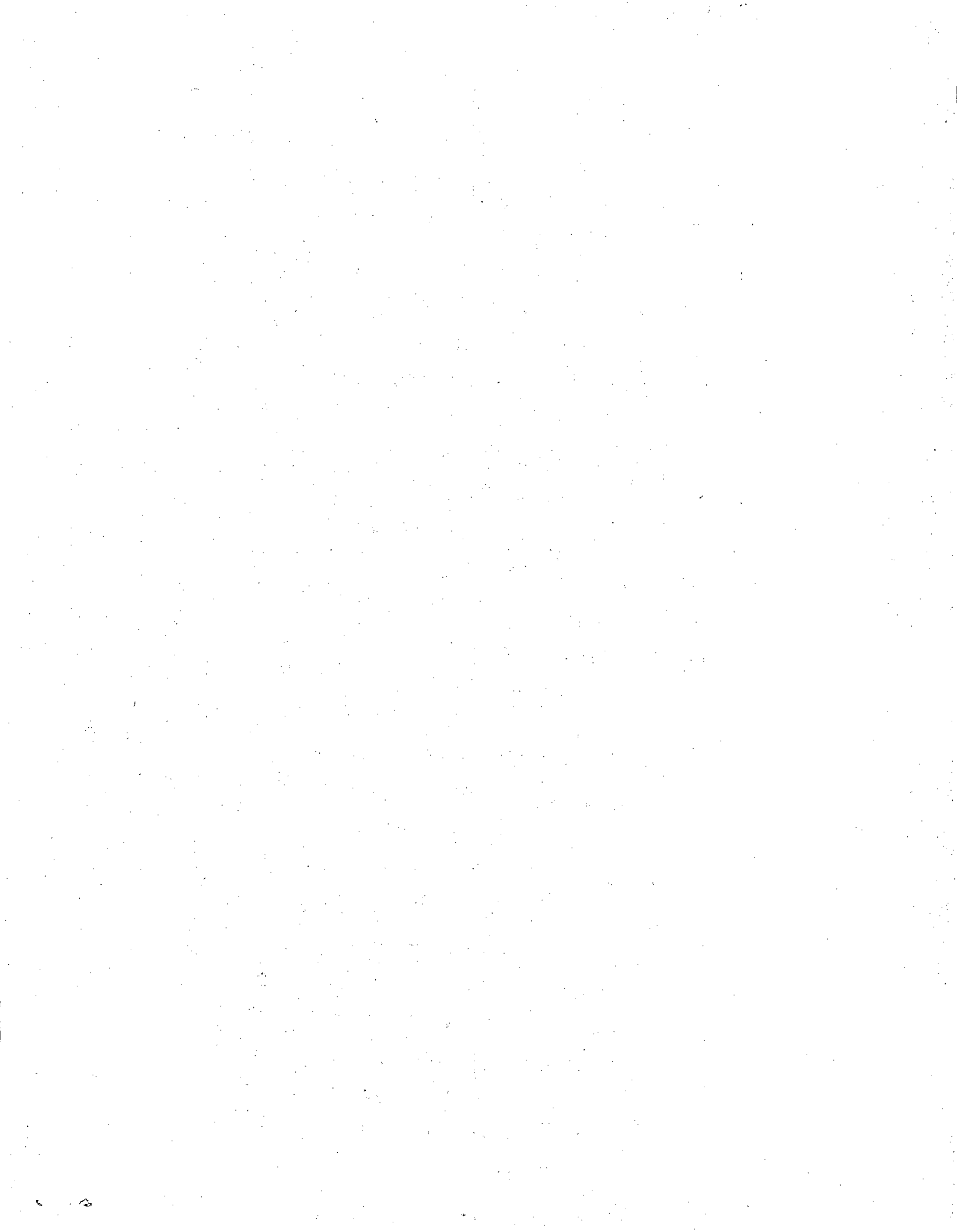
| ITEM | CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS | SI | NO |
|------|---|----|----|
| 1 | ¿El contrato se encuentra debidamente legalizado? | X | |
| 2 | ¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en 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 scop 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



| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|-------------------------------|----|--------------------------|-----------------|--------------------|---------------|---------------------|----------|-----------------------|
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 1030670646 | | TORRES ORTIZ JEIMY ROCIO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | TV 768 81B 12 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5308988 | No |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|---------|------------|------------|----------|------------|------------|------------------|-----------|-----------|
| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Días Mora | Valor |
| 2025-01 | 2025-01 | 1251982505 | 9481500523 | I | 2025/02/12 | 2025/02/10 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | \$988,400 |

| 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 | | | | | | | |
| Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados) | | | | | | | \$3,000,600 | \$480,100 | | | \$3,000,600 | \$375,100 | | | \$3,000,600 | \$60,100 | | | \$3,000,600 | \$73,100 | | \$0 | \$0 | | | | | | |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados) | | | | | | | \$3,000,600 | \$480,100 | | | \$3,000,600 | \$375,100 | | | \$3,000,600 | \$60,100 | | | \$3,000,600 | \$73,100 | | \$0 | \$0 | | | | | | |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados) | | | | | | | \$3,000,600 | \$480,100 | | | \$3,000,600 | \$375,100 | | | \$3,000,600 | \$60,100 | | | \$3,000,600 | \$73,100 | | \$0 | \$0 | | | | | | |
| 1 | CC | 1030670646 | TORRES JEIMY | 25-14 | 30 | \$3,000,600 | \$480,100 | EPS005 | 30 | \$3,000,600 | \$375,100 | CCF24 | 30 | \$3,000,600 | \$60,100 | 14-11 | 30 | \$3,000,600 | \$73,100 | 30 | \$0 | \$0 | | | | | | | |
| Total Afiliados(1) | | | | | | | \$3,000,600 | \$480,100 | | | \$3,000,600 | \$375,100 | | | \$3,000,600 | \$60,100 | | | \$3,000,600 | \$73,100 | | \$0 | \$0 | | | | | | |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|-------------------------------|----|--------------------------|-----------------|--------------------|---------------|---------------------|----------|-----------------------|
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 1030670646 | | TORRES ORTIZ JEIMY ROCIO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | TV 768 818 12 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5308988 | No |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|---------|------------|------------|----------|------------|------------|------------------|-----------|-----------|
| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-01 | 2025-01 | 1251982505 | 9481500523 | 1 | 2025/02/12 | 2025/02/10 | BANCO DÁVIVIENDA | 0 | \$988,400 |

| RESUMEN DE PAGO | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------|-------------|----|-----------|------------------|----------------|------------------------|------------------|--|
| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR | |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | \$480,100 | \$0 | \$0 | \$480,100 | |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | \$480,100 | \$0 | \$0 | \$480,100 | |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | \$73,100 | \$0 | \$0 | \$73,100 | |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | \$73,100 | \$0 | \$0 | \$73,100 | |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | \$60,100 | \$0 | \$0 | \$60,100 | |
| COMPENSAR | CCF24 | 860,066,942 | 7 | 1 | \$60,100 | \$0 | \$0 | \$60,100 | |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | \$375,100 | \$0 | \$0 | \$375,100 | |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | \$375,100 | \$0 | \$0 | \$375,100 | |
| TOTAL | | | | 1 | \$988,400 | \$0 | \$0 | \$988,400 | |



DAVIVIENDA

BANCO DAVIVIENDA S.A.

CERTIFICA:

Que **JEIMY ROCIO TORRES ORTIZ**, quien se identifica con **Cédula de ciudadanía No. 1030670646** y es titular de la cuenta terminada en ****8413**, realizó el siguiente pago a través de :

| Fecha del pago | Valor | Destino | Factura - Referencia | Número de Autorización |
|----------------|---------------|------------------|----------------------|------------------------|
| 07/02/2025 | \$ 988.400,00 | APORTES EN LINEA | 1251982505 | 51982505 |

Se expide en Bogotá, el 17-02-2025.

Atentamente,

BANCO DAVIVIENDA S.A.

Banco Davivienda S.A.

