



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE CONTRATACIÓN
FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE
PRESTACIÓN DE 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

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:	\$	1.568.431
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	
1	SE REALIZA SEGUIMIENTO DIARIO AL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS POR LOS PROMOTORES Y PROFESIONALES
2	VERIFICACION DE LOS PRODUCTOS PLANILLA DE FIRMAS, CONSENTIMIENTO INFORMADO, ARCHIVO PLANO DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS (TAMIZAJES, ALERTAS, RELACION 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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMLMV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, 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 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 – 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:	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 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:	BBVA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	132355090
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)

Nº DEL CONTRATO:	PS 5192 2024	Nº CDP:	4053	NºCRP:	44718	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS
------------------	--------------	---------	------	--------	-------	--

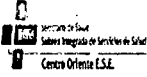
FECHA DE INICIO CONTRATO	24/10/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	9/02/2025	VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES : \$ 18.995.452
--------------------------	------------	--------------------------------	-----------	--

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 PESÓS M/CTE
--	--

Jose Torres

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-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	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:	\$	1.568.431
---	----	------------	--	----	-----------

Nº PAGO / Nº DE INFORME:	6	Nº CRP INICIAL:	44718	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	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 5.228.106	CDP DE LA	4120	RP DE LA	50759	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 5.228.106	CDP DE LA	46	RP DE LA	7723	UN (1) MES

III. POLIZAS (SI APLICA)

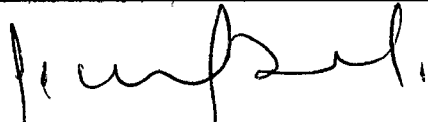

¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO	X
Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA		ACTO ADMINISTRATIVO DE	

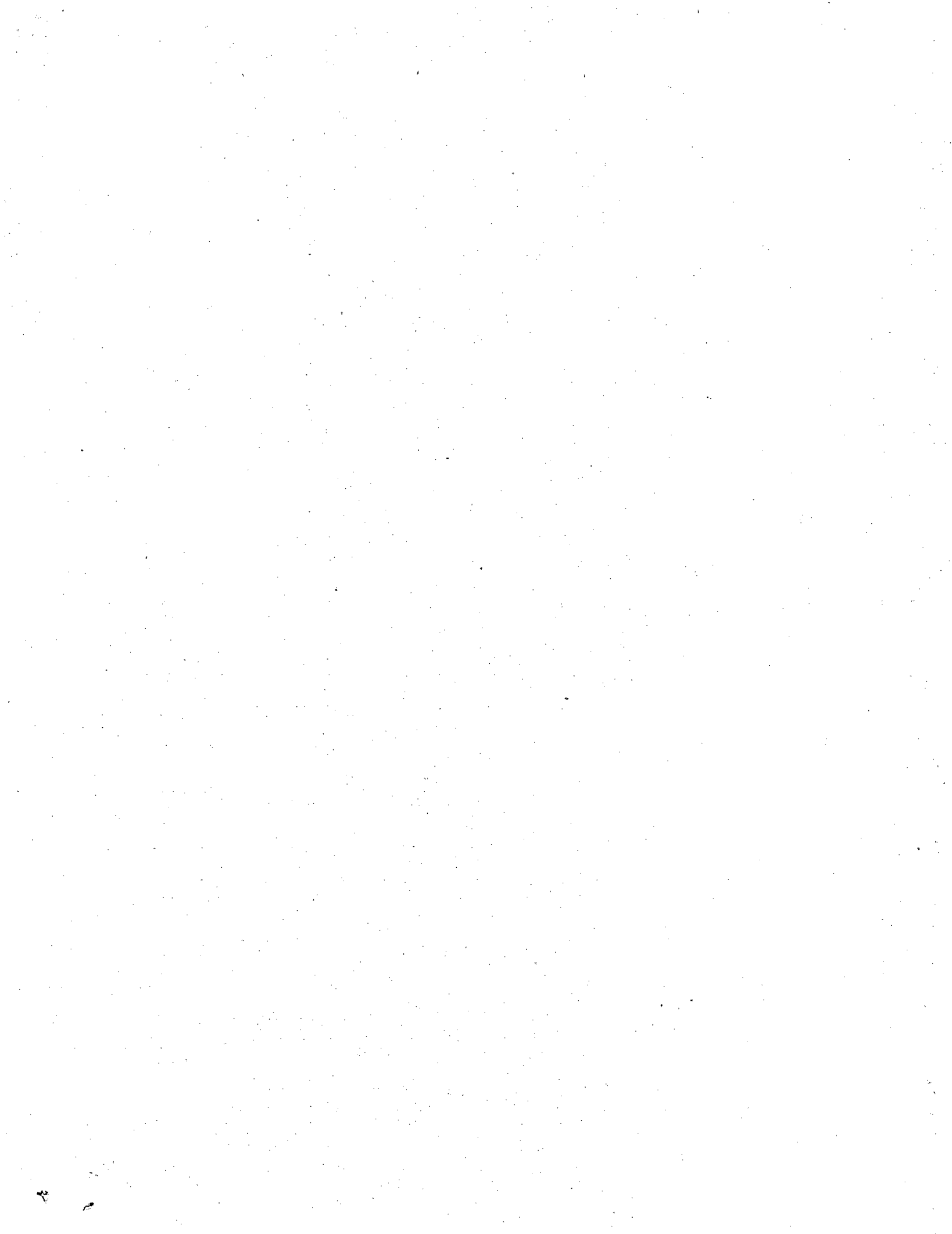
IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

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 cláusula "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



EFFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9566102239 DV: 450684
Cliente: 110263 VILA RECAUDO
Fecha: 11/02/2025 10:01:24
PAP: 010008
Identificacion: 17595863
Nombre: JOSE
Apellido 1: ANTONIO
Apellido 2: TORRES
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 3183905723
Codigo Planilla: 4586118467
Periodo Pago: 2025/01
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0
Referencia: 17595863 Valor: \$647.100,00

Aplica condiciones particulares con el
cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico
soporte valido para atender cualquier
reclamacion.

Para reclamaciones presente este
recibo; Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co