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 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
DORA INES TORRES

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	52.098.743				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2076 2025		**FECHA INICIO CONTRATO**		**2/01/2025**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 8.016.078**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	2 Meses y 28 dias		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 8.016.078**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 2.672.026**
Nº DE INFORME:	3	**Nº CRP:**		**Nº CDP:**	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	2 Meses y 28 dias				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TECNICO URGENCIAS				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	0	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**0**	**PRORROGAS**	**0**	
VALOR ADICIONADO	**$ -**	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	**$ -**	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**X**	
Nº DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**FECHA DE APROBACIÓN:**		DD/MM/AAAA	

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 especificas del contrato realizadas durante el mes)**
1	1. realizar diagnostico de los almacenes de evidencia que custodian y preservan los elementos materiales probatorios y evidencia fisica (emp y ef), mientras la autoridad competente ordena su disposicion final
2	2. realizar la gestion necesaria para la revision, ajuste, control, reporte de los procesos, documentos relacionados con la cadena custodia, violencias, agresiones, trauma y accidentes, conforme a las disposiciones legales vigentes y normatividad en la entidad
3	.3. realizar capacitaciones acerca de las directrices del sistema de cadena de custodia colombiano, durante las diferentes etapas asociadas al hallazgo, recoleccion, embalaje, transporte, analisis y almacenamiento de los elementos materiales probatorios y evidencia fisica (emp y ef), a todo el personal asistencial de todas las unidades de prestacion de servicios de salud de la subred integrada de servicios de salud centro oriente e.s.e. segun la norma actual y dejar actas de reunion con firmas de asistencia, realizando pretest y postest de los temas socializados4
4	4. verificacion de insumos en los kit de atencion a victimas de violencia sexual y presentacion de informe de hallazgos
5	5. apoyar la trazabilidad interinstitucional en la atencion a victimas de violencia.
6	6. apoyar las actividades del proceso de cadena de custodia cumpliendo con el adecuado manejo y control de los elementos materiales probatorios acorde a la normatividad vigente, realizando la entrega y coordinando las respectivas diligencias de descongestion con las entidades pertinentes
7	7. realizar la recoleccion de elementos de prueba en las diferentes unidades de la subred centro oriente, realizando revision, retroalimentacion y ajustes en los casos en que sean necesarios
8	8. apoyar actividades del proceso de orden y limpieza, conforme a protocolos institucionales
9	9. velar porque la atencion sea humanizada, eficaz, calida con todos y cada uno de los entes de control solicitantes
10	10, dar cuplimiento a las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestion ambiental
11	11. en caso de presentarse novedades informar con anticipacion dicha situacion al supervisor del contrato
12	12. dar aplicacion a los subsistemas que componen el sistema integrado de gestion de calidad adoptados por la subred.

13	13, se desarrollaran las actividades en cualquiera de las unidades correspondientes a la subred centro oriente de acuerdo a la asignacion realizada por el supervisor

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**1070429683**	**OPERADOR:**	**PAGOSIMPLE**

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	EPS SURA	11/03/2025	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	11/03/2025	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	11/03/2025	$ 34.700
OTRO			
	TOTAL PAGADO		$ 440.500

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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 período correspondiente

DORA INES TORRES
CC: 52098743
CEL: 3168239712

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 INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN 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					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			**DORA INES TORRES**		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			**52.098.743**		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	**PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2076 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**2/01/2025**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**8,016,078**				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**8,016,078**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	**3**	**Nº CRP INICIAL:**		**Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO**	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	**2 Meses y 28 días**				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	**1070429683**		**OPERADOR:**	**SIMPLE**	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	**SUBRED CENTRO ORIENTE**				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	**3BL HOSPITAL SAN BLAS**				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
Nº DE MODIFICACIÓN:	**0**	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				**0**	**0**
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA**		**RP DE LA**		**TIEMPO**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA**		**RP DE LA**		**TIEMPO**	
III POLIZAS							
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		**SI**			**NO**	**X**	
Nº DE PÓLIZA:	**N/A**		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			**N/A**	
FECHA DE LA PÓLIZA	**N/A**		**ACTO ADMINISTRATIVO DE**			**N/A**	

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 (01/03/2025) AL (31/03/2025)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:** **FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO** **CARGO:** **DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS GRADO 09**

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

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/03/2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	**DORA INES TORRES**	**CC:**	**52.098.743**
		RUT (NIT):	**N/A**
CORREO ELECTRÓNICO:	doratorres10@gmail.com	**TELÉFONO:**	**3168239712**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**calle 36 sur # 23 a 26**	**CIUDAD:**	**Bogota**

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

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:**	**488402716028**

PS 2076 2025

Nº DEL CONTRATO:	**PS 2076 2025**	**Nº CDP:**		**Nº. RP:**		**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 2 Meses y 28 dias**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2/01/2025**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/03/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 8.016.078**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 01/03/2025 AL 31/03/2025**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**DOS MILLONES SEISCENTOS SETENTA Y DOS MIL VEINTISEIS PESOS**					
	2.672.026 M/C					

DORA INES TORRES
C.C 52098743
cel: 3168239712

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-03-11, 01:12:51 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1070429683

Periodo Cotización: febrero de 2025 **Periodo Servicio:** febrero de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8822688096

PAGADO 11/03/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DORA INES TORRES		
Documento	CC52098743	**Dirección**	CL 36 SUR #23 A - 26 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3168239712
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	CON	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aport Minista
CC 52098743	DORA INES TORRES	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1,423,500	$ 227,800	(EPS318) EPS SURA	$ 1,423,500	$ 178,000	2.436	$ 1,423,500	$ 34,700	(NN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1,423,500	$ 1,423,500	$ 1,423,500	$ 0	$ 227,800	$ 178,000	$ 34,700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440,500	$ 0	$ 440,500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellin: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.