5020

	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

JUSTIN ANDRES TORRES BEJARANO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.027.400.771				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5020 2025		FECHA INICIO CONTRATO	07 DE MARZO DE 2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 1.646.667	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	VEINTICINCO (25) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 1.646.667		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 1.520.000
Nº DE INFORME:	UNO (1)	Nº CRP:	11551	Nº CDP:	820
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	VEINTICINCO (25) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6LB CENTRO DE SALUD LIBERTADORES				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	INGRID TATIANA ROJAS AVELLA- DIRECTORA FINANCIERA (E)				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	07 DE MARZO DE 2025	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIÓNES	0	PRORROGAS	0	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	0	CRP DE LA ADICIÓN:	0	TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS

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

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	Realicé llamado de los usuarios a ventanilla de acuerdo a organización y digiturno entregado por el orientador.
2	Verifiqué las órdenes médicas y autorización física que presenta el paciente para su atención por consulta externa, según acuerdo de voluntades y normatividad vigente.
3	Verifiqué derechos de usuarios en las seguridad social o afiliación del usuario y adjunté a carpeta requerimientos del sistema de información los soportes de verificación de derechos.
4	Revisé y validé servicios por frecuencias de uso, grupo etario, género y según acuerdo de voluntades y normatividad vigente.
5	Actualicé datos personales del usuario y datos del acudiente en el sistema de información.
6	Facturé los usuarios que no cancelan copagos o cuotas de recuperación, previamente a la atención médica, para disminuir filas en salas de espera.
7	Generé factura electrónica de venta o registro de servicios en el sistema de información DGH y soporté con la documentación que presenta el usuario según acuerdo de voluntades y normatividad vigente.
8	Recibí dinero,con recibo de caja y entregué copia al usuario de acuerdo al servicio prestado al paciente según acuerdo de voluntades y normatividad vigente.
9	Realicé cierre de caja, arqueo y entregué soportes respectivos, según instructivo del área de Tesorería
10	Entregué las facturas generadas a diario soportadas y organizadas de acuerdo instructivos y/o procedimientos del área.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	NUEVO		OPERADOR:	NUEVO.	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD		FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	COMPENSAR			$ -	
PENSIÓN:	PORVENIR			$ -	
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA			$ -	
OTRO				$ -	
TOTAL PAGADO				$ 0	

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 menos 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 uno de las obligaciones del contrato)

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

JUSTIN ANDRES TORRES BEJARANO
C.C 1.027.400.771
cel: 3172662530

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: 31/03/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	JUSTIN ANDRES TORRES BEJARANO	CC:	1027400771
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	TORRES12345JUSTIN@GMAIL.COM	TELÉFONO:	3172662530
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 71 BIS A SUR 7B 58 ESTE	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 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:	41834600
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA					

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

Nº DEL CONTRATO:	PS 5020 2025	Nº CDP:	820	Nº. RP:	11551	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :	VEINTICINCO (25) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	07 DE MARZO DE 2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31 DE MARZO DE 2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 1.646.667
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL	07/03/2025	AL	31/03/2025			
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	$						1.520.000
	UN MILLÓN QUINIENTOS VEINTE MIL PESOS MDA / CTE						

JUSTIN ANDRES TORRES BEJARANO
C.C 1.027.400.771
cel: 3172662530

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-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	JUSTIN ANDRES TORRES BEJARANO
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.027.400.771

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5020 2025		FECHA INICIO CONTRATO		07 DE MARZO DE 2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$				1.646 667
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES	$	1.646.667	VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR		$ 1.520.000
Nº PAGO / Nº DE INFORME	UNO (1)	Nº CRP INICIAL	11551	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	820
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	VEINTICINCO (25) DIAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL	NUEVO		OPERADOR		NUEVO
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES	DIRECCION FINANCIERA - FACTURACION				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES	6LB CENTRO DE SALUD LIBERTADORES				
NOMBRE DEL SUPERVISOR	INGRID TATIANA ROJAS AVELLA- DIRECTORA FINANCIERA (E)				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN	07 DE MARZO DE 2025	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA)	ADICIÓN	0	PRÓRROGA	0
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN	0	RP DE LA ADICIÓN	0	TIEMPO PRORROGADO	0

III. POLIZAS (SI APLICA)

PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X	
Nº DE POLIZA:		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?	✓	
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?	✓	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	✓	
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?	✓	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	✓	

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 07/03/2025 AL 31/03/2025 ✓

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	INGRID TATIANA ROJAS AVELLA DIRECTORA FINANCIERA (E)
	YAMILE CANO HERRERA REFERENTE FACTURACION

compensar | salud eps

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) JUSTIN ANDRES TORRES BEJARANO identificado(a) con Cedula Ciudadania 1027400771, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20250203	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 24 días del mes de Marzo de 2.025

Observaciones:

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
28294980

CER-AFI

Vigilado Supersalud

Vigilado Supersubsidio

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JUSTIN ANDRES TORRES BEJARANO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.027.400.771**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 31 de Enero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **JUSTIN ANDRES TORRES BEJARANO** identificado con **CC** No. **1027400771**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E - NI. 900959051	**Fecha de inicio de cobertura:** 07/03/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 07/03/2025 **Fecha fin de Contrato:** 31/12/2025 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 3

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501013599377.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 24 días del mes de marzo de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.