

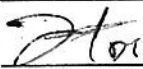
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE 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	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 8.016.078		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 16.032.156		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
N° DE INFORME:		5		N° CRP:	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		5 MESES Y 28 DIAS		N° CDP:	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		15C HOSPITAL SANTA CLARA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		FERNANDO MONTEGRO SALCEDO DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		1		TIPO DE MODIFICACIÓN	
VALOR ADICIONADO		\$ 8.016.078		ADICIONES	
VALOR ADICIONADO		\$ -		PRORROGAS	
CDP DE LA ADICIÓN:		378		CRP DE LA ADICIÓN:	
CDP DE LA ADICIÓN:		-		CRP DE LA ADICIÓN:	
TIEMPO PRORROGADO:		12222		TIEMPO PRORROGADO:	
TIEMPO PRORROGADO:		-		TIEMPO PRORROGADO:	
III. POLIZAS					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
N° DE PÓLIZA:		DD/MM/AAAA		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA		DD/MM/AAAA		FECHA DE APROBACIÓN:	
ITE		IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO			
M		(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)			
En el mes de mayo labore 31 días					
1		1. realice 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. realice 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. realice 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. verifique de insumos en los kit de atencion a victimas de violencia sexual y presentacion de informe de hallazgos			
5		5. apoye la trazabilidad interinstitucional en la atencion a victimas de violencia.			
6		6. apoye 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. realice 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. apoye actividades del proceso de orden y limpieza, conforme a protocolos institucionales			
9		9. verificar la atencion sea humanizada, eficaz, calida con todos y cada uno de los entes de control solicitantes			

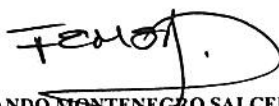
10	10, dar cumplimiento a las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestion ambiental
11	11. en caso de presentarse novedades informar con anticipacion dicha situacion al supervisor del contrato
12	12. dar aplicacion a los subsistemas que componen el sistema integrado de gestion de calidad adoptados 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

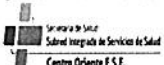
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	86550979	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	EPS SURA	12/05/2025	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	12/05/2025	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	12/05/2025	\$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 440.500

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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMMLV (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 periodo correspondiente

 DORA INES TORRES CC: 52098743 CEL: 3168239712

 <div>Ministerio de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>	<div>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</div> <div>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN</div> <div>FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION</div>	<div>CÓDIGO: AP-IA-FT-078</div> <div>VERSIÓN: 2</div> <div>FECHA: 2024-09-16</div>			
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA		DORA INES TORRES			
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		52.098.743			
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN 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:	16,032,156	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	2,672,026		
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	5	Nº CRP INICIAL:	6635	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	3
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	5 Meses y 28 dias				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	86550979	OPERADOR:	MI PLANILLA		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	SUBRED CENTRO ORIENTE				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	FERNANDO SALCEDO MONTENEGRO DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:	1	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):	ADICION 1	PRORROGA 1	
VALOR ADICIONADO	8,016,078	CDP DE LA	12222 RP DE LA	378 TIEMPO	3 meses
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 (01/05/2025) AL (31/05/2025)					
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		 FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS GRADO 009 GRADO 05			

		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: (31/05/2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	DORA INES TORRES		CC:	52.098.743	
			RUT (NIT):	52.098.743	
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 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	N° CUENTA:	488402716028
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					
PS 2076 2025					
N° DEL CONTRATO:	PS 2076 2025	N° CDP:	3	N°. RP:	6635
PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 5 Meses y 28 días					
FECHA DE INICIO CONTRATO	2/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/03/2025	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 16.032.156					
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/05/2025 AL 31/05/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y DOS MIL VEINTISEIS PESOS				
	2.672.026 M/C				
					
DORA INES TORRES C.C 52098743 cel: 3168239712					

TIPO		DATOS DEL APORTANTE					EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	
FORMA PRESENTACIÓN	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	CIUDAD / MUNICIPIO	NO	
	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	DÉPARTAMENTO	CÓDIGO				
UNICA	I = Independiente							

DATOS DE LA PLANILLA				
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			
2025-04	2025-04	1	12/05/2025	06550679
				TOTAL A PAGAR
				\$440.500

TOTALES POR SUBSISTEMAS[illegible]

TOTALES PENSIÓN

TOTALES PENSION												
Código AFP	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporta Voluntario Aportante	Aporta FSP - Solidaridad	Aporta FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	80022460-6	227.600	0	0	0	0	0	0		227.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades*		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903750-5	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	1

TOTALES CAJAS

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	MIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

TOTALES POR SUBSISTEMA		
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de ICE, LMA, IPR y MORA
Salud	1	178.000
Pensión	1	227.600
Respos Laborales	1	34.700
CCF	0	0
ESAP	0	0
ICBF	0	0
MEN	0	0
SENA	0	0
TOTALES	3	440.500

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
					UPC
					1
					0
PERIODO SALUD					TOTAL A PAGAR
2025-04	2025-04	I	12/05/2025	06550379	\$440.500

DETALLE POR COTIZANTE																													
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES					PENSIÓN				SALUD		RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES								
Id.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombre	Ordenes	Subtipo	Subcuentas	Cuentas, subcuentas	Exoneración	IMP	ISC AFP	Cotización	Voluntario a Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	ISC EPS	Cotización/ Valor UPC	Cuál. ARL	ISC ARL	Cotización	Código CCF	ISC CCF	Aporte CCF	IDC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte MEN	
CC	E2018743		TORRES DORAINEC	53	0	N				230001	1,423,530	227,860	3	0	0	0	EP2010	1,423,530	175,000	14-11	1,423,500	3	34,700	0	0	0	0	0	0

[illegible]

