

 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN CÓDIGO: AP-1A- FT-077 VERSION: 2 FECHA: 2025-06-09	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y	
JOSE ANTONIO TORRES TORRES	
CON C.C Nº	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 4639 2025
FECHA INICIO CONTRATO	10/02/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 10.456.212
No. HORAS EJECUTADAS	N/A
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 36.351.535
VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 5.396.904
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES Y VEINTIUN (21) DÍAS
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TÉCNICO CODIGO 009 GRAD00 05
ITE M	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)
1	VERIFICACIÓN DE LOS PRODUCTOS PLANILLA DE FIRMAS, CONSENTIMIENTO INFORMADO, ARCHIVO PLANO DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS (TAMIZAJES, ALERTAS, RELACIÓN DE PREDIOS, ASIGNADOS, GESTIONADOS, PLAN DE CUIDADO FAMILIAR E INDIVIDUAL), SE REALIZA PROGRAMACIÓN PARA LAS VALORACIONES INDIVIDUALES
2	INDUCCIÓN Y RE INDUCCIÓN A COLABORADORES DE CONVENIO EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES HOGAR, SE REALIZA SEGUIMIENTO DIARIO AL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS POR LOS PROMOTORES Y PROFESIONALES
3	SE REALIZA PRECÉDENTE DE LAS NOTIFICACIONES GENERADAS POR LOS COLABORADORES DE EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES DE ACUERDO A LA DIRECTRIZ DADA 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
4	SE PARTICIPA EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICA Y FORTALECIMIENTO Y CAPACIDADES CONVOCADAS POR LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
5	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
6	SE REALIZA INFORME DE GESTIÓN DEL MES, EN DONDE SE RELACIONAN LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS PARA CADA PRODUCTO
7	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
8	SE REALIZA CERTIFICACIÓN A CADA UNO DE LOS COLABORADORES A CARGO, VERIFICANDO EL CUMPLIMIENTO DE LAS HORAS DE FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES Y HORAS OPERATIVAS
III. VERIFICACIÓN DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS	
SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERÍODO EJECUTADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.	
ITE M	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS
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 cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/08/2025) AL (31/08/2025)	
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL	
No. DE PLANILLA:	4617194313
OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD
FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR
PENSIÓN:	PORVENIR
RIESGOS LABORALES:	SURA
OTRO	
TOTAL PAGADO	
\$ 668.300	
V. 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 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 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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.	
VI. 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	
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	JOSE ANTONIO TORRES TORRES CC No 17595863
FIRMA DE QUIEN VALIDA	SANDRA JANETH CONTRERAS SUPERVISOR ALTERNO
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERÍODO DE PAGO:	LORENZA BECERRA CAMARGO SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/08/2025					
NOMBRES Y APELLIDOS:	JOSE ANTONIO TORRES TORRES			CC:	17595863
CORREO ELECTRÓNICO:	JOSEATORREA2519@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3183905723
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 18G 16 72			CIUDAD:	BOGOTA
Manifiesto bajo la gravedad del juramento					
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.					
Régimen 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
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	PS 4639 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 5.396.904		
FECHA DE INICIO CONTRATO	10/02/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/08/2025		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/08/2025 AL 31/08/2025				
 JOSE ANTONIO TORRES TORRES 17595863 Cel: 3183905723					



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:		CÉDULA DE CIUDADANÍA		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:		17595863	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		BOACHA		NÚMERO PLANILLA:		4617194313	
CIUDAD/MUNICIPIO:		CRA 18 Q 16 72		PERIODO COTIZACIÓN OTROS:		MES julio AÑO 2025	
DIRECCIÓN:		02-INDEPENDIENTE		DÍAS DE MORA:		0	
TIPO APORTANTE:		PRIVADA		FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/08/15	
TIPO EMPRESA:		UNICO		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES julio AÑO 2025	
FORMA DE PRESENTACIÓN:		ACTIVIDAD ECONOMICA:		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9993675550	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENIA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO					

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	TOTAL APORTES A PENSIÓN				TOTAL APORTES A SALUD				TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES			
CÓDIGO	NOMBRE			APORTES VOLUNTARIOS				LICENCIA MATERINIDAD				INCAPACIDAD IRP			
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 345.600	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR	ADMIN	IBCF	COTIZACIÓN	VALOR
SUBTOTALES:				\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	TOTAL APORTES A PENSIÓN				TOTAL APORTES A SALUD				TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES			
CÓDIGO	NOMBRE			APORTES VOLUNTARIOS				LICENCIA MATERINIDAD				INCAPACIDAD IRP			
EP8008	EP8008-COMPENSAR	1	\$ 0	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR	ADMIN	IBCF	COTIZACIÓN	VALOR
SUBTOTALES:				\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	TOTAL APORTES A PENSIÓN				TOTAL APORTES A SALUD				TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES			
CÓDIGO	NOMBRE			APORTES VOLUNTARIOS				LICENCIA MATERINIDAD				INCAPACIDAD IRP			
14-11	14-11 - ARL SURA	1	\$ 0	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR	ADMIN	IBCF	COTIZACIÓN	VALOR
SUBTOTALES:				\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	TOTAL APORTES A PENSIÓN				TOTAL APORTES A SALUD				TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES			
CÓDIGO	NOMBRE			APORTES VOLUNTARIOS				LICENCIA MATERINIDAD				INCAPACIDAD IRP			
14-11	14-11 - ARL SURA	1	\$ 0	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR	ADMIN	IBCF	COTIZACIÓN	VALOR
SUBTOTALES:				\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL PAGADO: \$ 668.300

EFFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9600242765
Cliente: 110263 PILA RECAUDO
Fecha: 15/08/2025 10:17:39
PAP:
Identificación: 917912
Nombre: JOSE
Apellido 1: ANTONIO
Apellido 2: TORRES
TIPO DOCUMENTO: Cedula de Ciudadanía
TELEFONO: 3183905723
Codigo Planilla: 4617194313
Periodo Pago: 2025/07
Valor Comisión: 0
Valor Iva Comisión: 0
Referencia: 17595863 Valor: \$660.300,00

Aplica condiciones particulares con el
cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el único
soporte válido para atender cualquier
reclamación.
Para reclamaciones presente este
recibo: Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co