

 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA- FT-077 VERSION: 2 FECHA: 2025-06-09	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
MIGUEL ANGEL VILLOTA RIOS			
CON C.C N°		1.017.210.505	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL 7124331-2024 CONVENIO MAS BIENESTAR.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 6079 2025	FECHA INICIO CONTRATO	1/08/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 5.396.904	No. HORAS EJECUTADAS	184
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 5.396.904	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 5.396.904
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	UN (1) MES		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO0 05		
ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)		
1	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), SE REALIZA PROGRAMACION PARA LAS VALORACIONES INDIVIDUALES		
2	INDUCCION Y RE INDUCCION A COLABORADORES DE CONVENIO EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES HOGAR, SE REALIZA SEGUIMIENTO DIARIO AL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS POR LOS PROMOTORES Y PROFESIONALES		
3	SE REALIZA PRECRITICA DE LAS NOTIFICACIONES GENERADAS POR LOS COLABORADORES DE EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES DE ACUERDO A LA DIRECTRICES DADAS POR LOS REFERENTES DE CADA EVENTO REPORTADO A SIVIGILA, POSTERIORMENTE SE REALIZA EL ENVIO DE LA FICHA DE NOTIFICACION AL CORREO DESTINADO PARA SU RECEPCION Y CARGUE EN EL APLICATIVO		
4	SE PARTICIPA EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICA Y FORTALECIMIENTO Y CAPACIDADES CONVOCADAS POR LA SECRETARIA 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 CERTIFICACION A CADA UNO DE LOS COLABORADORES A CARGO, VERIFICANDO EL CUMPLIMIENTO DE LAS HORAS DE FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES Y HORAS OPERATIVAS.		
III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS			
SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO EJECUTADO 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 SICOP?	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 scop 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 (01/08/2025) AL (31/08/2025)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	CERTIFICADO	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS		
PENSIÓN:	COLFONDOS		
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR		
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 0
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 ítem 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 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, rui)			
3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo scop 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 o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA		 MIGUEL ANGEL VILLOTA RIOS CC No 1017210505	
FIRMA DE QUIEN VALIDA		 SANDRA JANETH CONTRERAS PEÑALOSA SUPERVISOR ALTERNO	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		 LORENZA BECERRA CAMARGO SUPERVISOR DEL CONTRATO	

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/08/2025					
NOMBRES Y APELLIDOS:	MIGUEL ANGEL VILLOTA RIOS			CC:	1017210505
CORREO ELECTRÓNICO:	miguelvillota93@gmail.com			TELÉFONO:	3112428214
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 95 71 11			CIUDAD:	BOGOTA
Manifiesto bajo la gravedad del juramento					
NO tomaré costos y deducciones				(X)	
SI tomaré costos y deducciones				()	
<p>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.</p>					
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:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	550488401242141
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 6079 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 5.396.904 ✓		
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/08/2025 ✓	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/08/2025 ✓		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/08/2025 AL 31/08/2025 ✓				
					
MIGUEL ANGEL VILLOTA RIOS C.C. 1017210505 Cel: 31124248214					

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SANITAS**,

CERTIFICA

Que Miguel Angel Villota Rios, identificado(a) con CC número 1017210505, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1017210505
NOMBRES Y APELLIDOS	Miguel Angel Villota Rios
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	10/05/1993
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/10/2018
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	97 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	39 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/10/2018
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1017210505 MIGUEL ANGEL VILLOTA
RIOS Desde 01/07/2022 - Vigente

COLFONDOS ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS

NIT 800.149.496-2

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) MIGUEL ANGEL VILLOTA RIOS, identificado(a) con C.C 1.017.210.505, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6 y al Fondo Cesantias NIT 800.198.644-5.

Se expide la presente certificación a la fecha 22 de julio de 2025.

El presente certificado emitido contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.



Juan Perea Ruiz
Gerente Cuentas y Recaudo



LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Identificada con NT No. 900959051

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 1505666909409, a partir del 01 de Agosto del año 2016.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	1017210505	MIGUEL ANGEL VILLOTA RIOS	RIESGO 3	3	2.436%	01/01/2025	31/12/2025	IND CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS MAYOR A 1MES	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 22 de Julio del año 2025.

Firma Representante Legal

LA INFORMACIÓN DEBE SER LEGIBLE

SI SE ENCUENTRA ACTUALMENTE AFILIADO A UNA ARL, RELACIONE SU NOMBRE

Seguros Aniver
NOMBRE ARL

A QUE ARL DESEA QUE LA SUBRED CENTRO ORIENTE, REALICE LA AFILIACION

NOMBRE ARL

CC-CEDULA DE CIUDADANIA

1017210505

TIPO DE DOCUMENTO

Numero de Documento

Miguel
Primer Nombre

Ansel
Segundo Nombre

Vilota
Primer Apellido

Rios
Segundo Apellido

10/05/1993
Fecha de Nacimiento

Dobota D.C.
Ciudad de Residencia

Call 95 74-11 T3 Apto 802
Dirección de Residencia

Sanitas
EPS - Salud


Coffondos
AFP - Pensiones

\$ 5.396.000
Honorarios

Psicólogo Clínico
Perfil/ Profesión

miguelvilota93@gmail.com
Correo Electrónico

3142428244
Celular


Firma del Afiliado

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

NOTA: Cualquier novedad requerida debe ser notificada al correo
arlcontratacionops@subredcentrooriente.gov.co

Av caracas 33a - 11 3282828 - ext 11011



DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,
A quien interese**

21/07/2025

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor MIGUEL VILLOTA** con **Cédula de Ciudadanía número 1017210505**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número

0550488401242141

Fecha de apertura

07/09/2018

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

