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 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					
SANDRA MILENA RODRIGUEZ OSORIO					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			52.289.258		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AREA DE SALUD 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 CONVENIO 6591670/2024 SED				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4842 2024		FECHA INICIO CONTRATO	3/09/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 7.670.545	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	DOS (2) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 7.670.545		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 2.585.577	
N° DE INFORME:	2	N° CRP:	41294	N° CDP:	3057
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05 <				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	N/A	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIÓNES	(NUMERO)	PRORROGAS	(NUMERO)	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO+20:26B4520:2520:	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X
N° DE PÓLIZA:	123	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		ABC
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 específicas del contrato realizadas durante el mes)
1	Para el mes de octubre se desarrollaron actividades sobre enfermedades trasmisibles tales como brote varicela, lavado de manos, era,eda
2	El dia 7 de octubre se realizo capacitacitaciòn con la oficina de convivencia escolar tratando temas ruta de accidentalidad , tipos de violencia escolar , protocolos de rutas de activaciòn
3	Para el mes de octubre se desarrollaron actividades de estilos de vida saludable como prevencionde accidentes, peligros en el colegio, preparacion consumo de alimentos saludables, consumo responsable de alimentos consumo de agua y bebidas bajas en calorias, juegos tradicionales, Interculturalidad .
4	Para el mes de octubre el dia 1 se realizo campaña cepillatòn y se apoya la campaña de alimentacion saludable del 16 de Octubre.

5	Apoyo al simulacro distrital de emergencias el dia 2 de octubre y se apoyo en el diligenciamiento link idiger.
6	En el mes de octubre se realiza apoyo a casos de primer respondiente a 2 estudiantes .
7	Durmte el mes de octubre se desarrollaron 85 actividades de estilos de vida saludable y prevencion enfermedades trasmisibles.
8	Se realiza reporte diario edusitio 85 actividades desarrolladas , se carga en el drive evidencias fotograficas y el plan de trabajo mensual
9	Se elabora informe de actividades realizadas en el mes de Octubre y el 4 de octubre se realiza entrega de informe final del mes de septiembre del 2024.
10	Del 7 al 11 de octubre del 2024 se realizo fortalecimiento de capacidades en el colegio integrado la candelaria.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

Nº. DE PLANILLA:	**1067213570**	**OPERADOR:**	**PAGO SIMPLE**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**FAMISANAR**	**10/10/2024**	**$ 162.500**
PENSIÓN:	**PORVENIR**	**10/10/2024**	**$ 208.000**
RIESGOS LABORALES:	**SURA**	**10/10/2024**	**$ 31.700**
OTRO			
	TOTAL PAGADO		**$ 402.200**

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 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 periodo correspondiente

SANDRA MILENA RODRIGUEZ OSORIO
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CC: 52289258 DE BOGOTA
CEL: 3142893580

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 FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31 /10/2024

NOMBRES Y APELLIDOS:	**SANDRA MILENA RODRIGUEZ OSORIO**	**CC:**	**52.289.258**
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	SANDRAYLUISA1980@GMAIL.COM	**TELÉFONO:**	**3142893580**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 4 SUR 17-64 SOACHA**	**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

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:	**BANCO CAJA SOCIAL**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**24130218669**

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

Nº DEL CONTRATO:	**PS 4842 2024**	**Nº CDP:**	**3057**	**Nº. RP:**	**41294**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : DOS (2) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**3/09/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**30/11/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $7.670.545**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**01/10/2024 - 31/10/2024**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$**					**2.585.577**
	DOS MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS M/CTE					

SANDRA MILENA RODRIGUEZ OSORIO
CC 52289258 DE BOGOTA
CEL 3142893580

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 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			**SANDRA MILENA RODRIGUEZ OSORIO**		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			**52.289.258**		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AREA DE SALUD 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 CONVENIO 6591670/2024 SED				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		**PS 4842 2024**	**FECHA INICIO CONTRATO**		**3/09/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		**$**			**7.670.545**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 7.670.545**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 2.585.577**
N° PAGO / N° DE INFORME:	**(2 de 2)**	**N° CRP INICIAL:**	**41294**	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	**3057**
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		1067213570	**OPERADOR:**	PAGO SIMPLE	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		CONVENIO 6591670 2024 -SED -DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		LORENZA BECERRA CAMARGO			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
N° DE MODIFICACIÓN:	N° ( )	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**		ADICION ( )	PRORROGA ( )
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**RP DE LA ADICIÓN:**	**TIEMPO PRORROGADO:**	(MESES O DIAS)
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**X**	
N° DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE**			

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 (1/10/2024) AL (31/10/2024)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:** **LORENZA BECERRA CAMARGO** **CARGO:** **DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05**
	NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: **NINI JOHANNA ARREDONDO GIRALDO** **PERFIL: LIDER CONVENIO SED 6591670/2024**

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-10-10, 10:25:24 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1067213570

Periodo Cotización: septiembre de 2024 **Periodo Servicio:** septiembre de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8823847887

PAGADO 10/10/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	SANDRA MILENA RODRIGUEZ OSORIO		
Documento	CC52289258	**Dirección**	CL 4 #17 - 64 ESTE
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3142893589
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	SOACHA	**Departamento**	CUNDINAMARCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	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	Aporte Ministerio	Total
CC 52289258	SANDRA MILENA RODRIGUEZ OSORIO	59	00	X																0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.300.000	$ 162.500	2,436	$ 1.300.000	$ 31.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.200

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
$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 0	$ 208.000	$ 162.500	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.200	$ 0	$ 402.200

Lineas 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!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

ÁREA DE APROBACIÓN

La fase del proceso fue aprobada.

Flujos de aprobación 1

MOSTRAR DETALLES

Flujos de aprobación 2

MOSTRAR DETALLES

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Documento del contrato cargado

Volver | Evaluar proveedor | Imprimir | Modificar | < | >

Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

Plan de Pagos

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor neto de la factura	Valor total de la factura	Valor a pag

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Balance de pagos y Balance de entregas

		% del valor del contrato	% del valor amortizado
Valor total contrato:	7.670.545,00 COP	-	-
Valor anticipo:	0,00 COP	0%	-
Valor de las entregas	0,00 COP	0%	-
Valor facturado:	0,00 COP	0%	-
Valor facturado pendiente de pago:	0,00 COP	0%	-
Valor pagado:	0,00 COP	0%	-
Valor amortizado del anticipo:	0,00 COP	0%	0%
Valor pendiente de amortizar:	0,00 COP	0%	0%
Valor pendiente de ejecución:	7.670.545,00 COP	100%	-
Valor pendiente de entrega:	7.670.545,00 COP	100%	-

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	PS 4842 2024 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2024.pdf	PS 4842 2024 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4842 2024 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2024.pdf	PS 4842 2024 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Volver | Evaluar proveedor | Imprimir | Modificar | < | >