OK

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						
NESTOR ARBEY VACA SIERRA						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	**80.794.575**					
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 4876 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**4/09/2024**	
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:**	**41362**	**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:**

III. POLIZAS				
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**X**
N° 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 específicas del contrato realizadas durante el mes)**
1	Para el mes de octubre se desarrollaron actividades sobre enfermedades transmisibles como sarampión indicando a los estudiantes como prevenir la propagación y sus cuidados.
2	El dia 7 de octubre se realizo capacitación con la oficina de convivencia escolar tratando temas ruta de accidentalidad , tipos de violencia escolar , protocolos de rutas de activación.
3	Para el mes de octubre se desarrollaron actividades de estilos de vida saludable como Condiciones que causan accidentes, ruta de accidentes en el colegio, racticas seguras en las actividades deportivas , recreativas y culturales , preparación y consumo de alimentos saludables , Consumo responsable de alimentos , Controlo lo que veo , Comportamientos y riesgos en la via , Vamos a jugar , Cuidar la postura postural: bienestar y salud Interculturalidad .
4	Para el 1 de octubre se realizo campaña cepillatón 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 realizo diligenciamiento del link idiger.
6	En el mes de octubre se realiza apoyo a casos de primer respondiente a 7 estudiantes .
7	Durante el mes de octubre se desarrollaron 85 actividades de estilos de vida saludable y prevencion enfermedades transmisibles.
8	Se realiza reporte diario en el 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 se presenta a la institución educativa . 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 Integrada La Candelaria.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	**9475155878**	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**	
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	
SALUD:	**FAMISANAR**	**9/10/2024**	**$**	**162.500**
PENSIÓN:	**COLFONDOS**	**9/10/2024**	**$**	**208.000**
RIESGOS LABORALES:	**SURA**	**9/10/2024**	**$**	**31.700**
OTRO				
TOTAL PAGADO			**$ 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

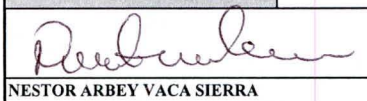
NESTOR ARBEY VACA SIERRA
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CC:80794575 DE BOGOTA
CEL: 3057831688

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-1A-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31 /10/2024			
NOMBRES Y APELLIDOS:	NESTOR ARBEY VACA SIERRA	CC:	80.794.575
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	promotordebienestarsubredco@gmail.com	TELÉFONO:	3057831688
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 81 SUR # 81-90 TORRE 3 APT 201	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:	BANCOLOMBIA				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	100-251866-01

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	PS 4876 2024	Nº CDP:	3057	Nº CRP:	41362	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : DOS (2) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	4/09/2024	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					



NESTOR ARBEY VACA SIERRA
CC 80794575 DE BOGOTA
CEL 3057831688

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			**NESTOR ARBEY VACA SIERRA**		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			**80.794.575**		
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 4876 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**4/09/2024**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$**			**7.670.545,00**	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$**	**7.670.545,00**	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$**	**2.585.577,00**
N° PAGO / N° DE INFORME:	**(2 de 1)**	**N° CRP INICIAL:**	**41362**	**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:	**9475155878**		**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	CONVENIO 6591670 2024 -SED -DIRECCION INTEGRAL DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD				
UNIDAD FUNCIONAL DE 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 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**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80794575		VACA SIERRA NESTOR ARBEY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 81 sur # 81-90 Torre 3 apt 201	BOGOTA-BOGOTA D.E.	9207656	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	969956050	9475155878	I	2024/10/17	2024/10/09	NEQUI	0	$402,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC 80794575	VACA SIERRA NESTOR ARBEY	231001	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	$31,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$0	$0	$31,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$31,700	$0	$0	$31,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$402,200	$0	$0	$402,200

2024/10/10 11:11 AM