Secretaría Distrital 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

SINDY PAOLA OSORIO NARVAEZ

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.204.502.636
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 4835 2024		**FECHA INICIO CONTRATO**	03/09/2024	
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	
Nº DE INFORME:	2	**Nº CRP:**	41287	**Nº 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

Nº 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	$ -	**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:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		**SI**		**NO**	**X**
Nº 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	Se adelantaron acciones pedagógicas durante el mes de octubre con la comunidad educativa (estudiantes, docentes y personal administrativo) para la prevención de enfermedades transmisibles mediante charlas, carteleras, etc, en la sede de la IED asignada, durante las fechas y horas acordadas previamente con el rector del colegio o su delegado, las cuales se encuentran diligenciadas y cargadas en formato de excel, registro de firmas, registro fotografico y Drive.
2	Se realizó actividad de capacitacion el día 7 de octubre del equipo OCE de la SED, cuyas evidencias se encuentran consignadas en el acta realizada en esta fecha.

3	Se da cumplimiento al desarrrollo de acciones pedagogicas para promoción de estilos de vida saludables con temas habitos alimentarios, buenos modales en la mesa, perdida y desperdicio de alimento, etiquetado nutricional, adicionalmente se realizo la segunda actividad de interculturalidad para el mes de octubre.
4	Se da cumplimiento en la actividad de cepillaton la cual se realizó el dia 1 de octubre, las cuales se encuentran consignadas en el listado de asistencia y registro fotografico.
5	Se realizó acompañamiento a la actividad del simulacro distrital de emergencias programado el dia 2 de octubre, cuyas evidencias se encuentran consignadas en el registro fotografico del Drive.
6	Se realizo participacion en el comité de tienda escolar con cafeteria que se encuentran en la IED, cuyas evidencias se encuentran a traves de actas y registro fotografico el cual se encuentra debidamente cargado en el Drive del mes de octubre.
7	Se realizó apoyo a la atencion de 1 hora diaria de casos de priemer respondiente para el mes de octubre con un estimado de 15 casos, cuyas evidencias se encuentran consignadas en reporte de firmas.
8	Se dio cumplimiento con las 85 actividades correspondientes para el mes de octubre, las cuales se encuentran en el registro de actividades formato excel, formato de firmas y evidecias fotograficas cargadas en el Drive. Y el link de EduSitio
9	Se realiza entrega de informe mensual el 30 de octubre del 2024.
10	Del 7 de octubre al 11 del mismo mes se asistio al fortalecimiento de capacidades en el colegio Integrada la Candelaria.
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9474203953	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	09/10/2024	$ 162.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	09/10/2024	$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	09/10/2024	$ 31.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 402.200

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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 período correspondiente

SINDY PAOLA OSORIO NARVAEZ
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CC: 1.024.502.636
CEL: 3138620480

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:	SINDY PAOLA OSORIO NARVAEZ	**CC:**	1.024.502.636
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	SPON9003@GMAIL.COM	**TELÉFONO:**	3138620480
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CR 44 70A 50 SUR	**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

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**				
		TIPO DE CUENTA:	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	24051187374

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

Nº DEL CONTRATO:	PS 4835 2024	**Nº CDP:**	3057	**Nº. RP:**	41287	**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					

NOMBRE SINDY PAOLA OSORIO NARVAEZ
CC 1.204.502.636
CEL 3138620480

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			**SINDY PAOLA OSORIO NARVAEZ**		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			**1.024.502.636**		
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				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		**PS 4835 2024**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**3/09/2024**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		**$**		**7.670.545,00**	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$** 7.670.545,00		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$** 2.585.577,00	
N° PAGO / N° DE INFORME:	(2 de 2)	**N° CRP INICIAL:**	41287	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	3057
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		9474203953	**OPERADOR**	APORTES EN LINEA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		CONVENIO 6591670-2024 SED DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
N° DE MODIFICACIÓN:	**N° ( )**	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN –**		**ADICION ( )**	**PRORROGA ( )**
VALOR ADICIONADO	**$** -	**CDP DE LA**	**RP DE LA**	**TIEMPO**	**(MESES O DIAS)**
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**X**	
N° DE PÓLIZA:	XX	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		XX	
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE**		XX	

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA

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 (01/10/2024) 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 TECNICO CODIGO 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 1024502636		OSORIO NARVAEZ SINDY PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 34 70 50 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3138520	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	969915762	94742D3953	I	2024/10/09	2024/10/09	BANCO CAJA SOCIAL	0	$402,200

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
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	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
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$402,200	$0	$0	$402,200

2024/10/09 08:43 AM

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 pagar	Estado

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%	-
urado pendiente de pago:	0,00 COP	0%	-
Valor pagado:	0,00 COP	0%	-
r amortizado del anticipo:	0,00 COP	0%	0%
or pendiente de amortizar:	0,00 COP	0%	0%
r pendiente de ejecución:	7.670.545,00 COP	100%	-
alor pendiente de entrega:	7.670.545,00 COP	100%	-

Documento del contrato cargado

jecución del contrato

ión	Nombre del archivo	Cargado por		
2024 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2024.pdf	PS 4835 2024 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
2024 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2024.pdf	PS 4835 2024 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Evaluar proveedor | Imprimir | Modificar | < | >