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

EDILBERTO FLOREZ SEGURA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.013.583.499
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 4836 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
N° DE INFORME:	2	**N° CRP:**	41288	**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	**$** -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	**$** -	**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**
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	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 desarrollo 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 las tres cafeterias 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 20 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 en 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:	8380773746	**OPERADOR:**	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**COMPENSAR**	**09/10/2024**	**$ 162.500**
PENSIÓN:	**COLFONDOS**	**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

EDILBERTO FLOREZ SEGURA
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CC: 1.013.583.499
CEL: 3103354992

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:	EDILBERTO FLOREZ SEGURA	**CC:**	1.013.583.499
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	FLOREZSEGURAE@GMAIL.COM	**TELÉFONO:**	3103354992
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TV 17 A 38 B 09	**CIUDAD:**	SOACHA

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:	**DAVIVIENDA**				
		TIPO DE CUENTA:	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	002300195167

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

Nº DEL CONTRATO:	PS 4836 2024	**Nº CDP:**	3057	**Nº. RP:**	41288	**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		**VLVALOR 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 EDILBERTO FLOREZ SEGURA
CC 1.013.583.499
CEL 3103354992

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			**EDILBERTO FLOREZ SEGURA**		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			**1.013.583.499**		
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 4836 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:**	41288	**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:	8380773746	**OPERADOR**	MI PLANILLA		
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 PARA EL PAGO

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**

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): EDILBERTO FLOREZ SEGURA
No. Identificación: CC1013583499
Dirección: TRASVERSAL17A 38D 09
Telefono: 3103354992
Correo: florezsegurae@gmail.com
Ciudad: SOACHA
Número de Planilla: 8380773746

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	EDILBERTO FLOREZ SEGURA	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC1013583499	**Periodo de Cotización Salud**	septiembre de 2024
Número de planilla	8380773746	**Periodo de Cotización Pensión**	septiembre de 2024
Fecha pago	2024-10-09	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	316367	**Total Pagado**	402200
Banco	1023	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	31700	1
231001	Colfondos	208000	1
EPS008	Compensar EPS	162500	1

8380773746

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1013583499
APELLIDOS Y NOMBRES: EDILBERTO FLOREZ SEGURA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	231001	1300000	1300000	1300000	0	162500	0	208000	0	31700	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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 4836 2024 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2024.pdf	PS 4836 2024 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4836 2024 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2024.pdf	PS 4836 2024 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

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