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						
ETELVINA OLARTE JIMENEZ						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			52.238.454			
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 4849 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	
Nº DE INFORME:	2	**Nº CRP:**	41301	**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 MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	N/A	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	**(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:		**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	Se realiza acompañamiento el día 10 de octubre del 2024 al equipo de vigilancia epidemiológica con cierre de brote de pediculosis en la IED República Federal de Alemania
2	Recomendaciones Se recomienda mantener las siguientes medidas de control para el evento luego del regreso a clases Realizar socializaciones con la comunidad estudiantil de tal forma que se sepa que es el evento y como se puede prevenir
3	Para el mes de octubre se realizan talleres de enfermedades transmisibles con los siguientes temas: enfermedades diarreicas agudas enfermedades respiratorias agudas No lavado de manos
4	el día 7 de octubre se realizó capacitación con la oficina de convivencia escolar sobre salud mental acoso laboral y ARL

5	Para el mes de octubre Se desarrollaron temas de estilos de vida saludable : Elementos peligrosos en el entorno Mi cuerpo se mueve agua higiene y salud Practicad seguras en las actividades deportivas, recreativas y culturales intercultural
6	en el mes de octubre se realizó cepillaton con 89 estudiantes
7	se hizo acompañamiento en el simulacro distrital donde se realizaron las labores de orientación a los estudiantes sobre los puntos de salida y de encuentro, se le dio capacitación a los docentes con el diligenciamiento del link de IDIGER, para el día 24 se realiza campaña de obesidad
8	Actuar como apoyo al primer respondiente en caso de accidentes escolares se atienden 48 casos en coordinación y colaboración con el primer respondiente del colegio
9	Para el mes de octubre se hace el reporte de 85 actividades realizadas en la IED con estilos de vida saludable y prevención de enfermedades transmisibles
10	se realiza el reporte diario de 5 actividades en el edusitio. para reportar 85 actividades en el mes de octubre, y se cargan en el drive las evidencias fotográficas y se planea el PDT
11	Se presenta informe mensual de las actividades desarrolladas en el IED junto con las evidencias de su desarrollo del mes de septiembre y se hace entrega en la institución, y se presenta este informe el 4 de octubre
12	Se asiste del 7 al 11 de octubre a la reunión de capacitación en el colegio la integrada de la candelaria

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	80937432	OPERADOR:	mi planilla compensar

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	Sanitas EPS	10/10/2024	$ 162.500
PENSIÓN:	Colpensiones	10/10/2024	$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	ARL 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 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 señalndo 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

Etelvina Olarte J

Etelvina Olarte Jimenez
CC: 52.238.454 de Bogotá
CEL: 3125096434

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:	ETELVINA OLARTE JIMENEZ	**CC:**	52.238.454
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	etelvinaj555@gmail.com	**TELÉFONO:**	3125096434
DIRECCIÓN DOMICILIO:	DG 68 sur # 37a - 49	**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:**	24112162287

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

Nº DEL CONTRATO:	PS 4849 2024	**Nº CDP:**	3057	**Nº. RP:**	41301	**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					

Etelvina Olarte J

Etelvina Olarte Jimenez
CC: 52.238.454 de Bogotá
CEL: 3125096434

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-1A-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	**Etelvina Olarte Jimenez**				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**52.238.454**				
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 4849 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:**	41301	**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:	80937432		**OPERADOR:**	mi planilla compensar	
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 – PRÓRROGA):**				ADICION ( )	PRORROGA ( )
VALOR ADICIONADO	**$** -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	**$** -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	**$** -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	**$** -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	**$** -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	**$** -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	**$** -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	**$** -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	**$** -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	**$** -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	**$** -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	**$** -	**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			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 (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): ETELVINA OLARTE JIMENEZ
No. Identificación: CC52238454
Dirección: DG 68 SUR 37 A 49 TR 3 APTO 202
Telefono: 2223556
Correo: eteolarte@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 80937432

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ETELVINA OLARTE JIMENEZ
Tipo y número de identificación	CC52238454
Número de planilla	80937432
Fecha pago	2024-10-10
Número de autorización pago	1809389
Banco	1083

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	septiembre de 2024
Periodo de Cotización Pensión	septiembre de 2024
Número de Administradoras	3
Total Pagado	402200
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	31700	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	208000	1
EPS005	Sanitas EPS	162500	1

80937432

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52238454
APELLIDOS Y NOMBRES: ETELVINA OLARTE JIMENEZ

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
EPS005	25-14	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

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 4829 2024 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2024.pdf	PS 4829 2024 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4849 2024 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2024-1.pdf	PS 4849 2024 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2024-1.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	PS 4849 2024 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2024.pdf (Archivado)	PS 4849 2024 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

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