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					
Nataly Rodriguez Ayala					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			52.529.959		
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 5027 2024	**FECHA INICIO CONTRATO**		**18/09/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$** 6.463.943	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	DOS (2) MESES Y QUINCE (15) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$** 6.463.943		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$** 2.585.577
N° DE INFORME:	2	**N° CRP:**	42626	**N° CDP:**	3057
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y QUINCE(15) 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 MODIFICACIONES 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:			**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 realizo acompañamiento al equpo de eviligancia epidemeologica en el colegia San Agustin sede A el dia 2024/10/02
2	Realizar búsqueda activa diaria para identificación de síntomáticos relacionados a cualquier evento de interés en salud pública. Si se identifican casos con sintomatología asociada a cualquier brote epidemiológico estos deben permanecer en aislamiento, contar con seguimiento y diagnóstico médico, cumplir con sus periodos de incapacidad y retomar actividades en el establecimiento hasta que se encuentren totalmente recuperados. Actualizar protocolo de lavado de manos del jardín orientándose con lo establecido por la estrategia multi modal de la OMS. Así como mantener de manera constante dotación completa para el procedimiento de higienización de manos de toda la población del jardín.
3	Para el mes de octubre si hicieron charlas sobre enfermedades transmisibles con las siguientes tematicas: Enfermedades transmisibles en los alimentos.
4	El dia Siete de octubre se tuvo capacitación con la oficina de convivencia escolar, los temas que se trataron fueron : Acoso laboral y Violencia sexual

5	Para el mes de octubre se hicieron charlas sobre estilos de vida saludables con las tematicas de: Cepillatón, Obesidad, Accidentalidad escolar, Alimentacion saludable
6	Se apoyó el simulacro el dia 2024/10/02
7	Realice 85 Actividades sobre estilos de vida saludable y prevencion de enfermedades transmisibles
8	Se hace reporte diario del edusitio, reportando 85 actividades diarias en el mes, se cargn en el drive las evidencias y el plan de trabajo
9	Se hace informe del mes de octubre.
10	Del 07 al 11 se asistio al fortalecimiento de capacidades en el colegio La Integrada en la localidad de la Candelaria

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**80962484**	**OPERADOR:**	**miplanilla**

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	11/10/2024	$ 70.500
PENSIÓN:	PORVENIR	11/10/2024	$ 90.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	11/10/2024	$ 13.800
OTRO.			
TOTAL PAGADO			$ 174.500

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 canceladas 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

NATALY RODRIGUEZ AYALA
CC: 52529959 De Bogotá
CEL: 3054345419

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:	Nataly Rodriguez Ayala	**CC:**	52.529.959
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	natalyrodriguezayala@gmail.com	**TELÉFONO:**	3054345419
DIRECCIÓN DOMICILIO:	calle 70 bis sur #14a-35	**CIUDAD:**	Bogotá

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:**	**24086938819**

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

Nº DEL CONTRATO:	PS 5027 2024	**Nº CDP:**	3057	**Nº. RP:**	42626	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : DOS (2) MESES Y QUINCE (15) DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**18/09/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**30/11/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES 6,463,943**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/10/2024 - 31/10/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	**$**					**2.585.577**
	DOS MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS M/CTE					

NOMBRE Nataly Rodriguez Ayala
CC 52529959 **De** Bogotá
CEL 3054345419

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	**Nataly Rodriguez Ayala**
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**52.529.959**

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 5027 2024		**FECHA INICIO CONTRATO**		**18/09/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 6.463.943				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 6.463.943		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$** 2.585.577,00
N° PAGO / N° DE INFORME:	2 de 2	**N° CRP INICIAL:**	42626	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	3057
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y QUINCE(15) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	N° 80962484		**OPERADOR:**	miplanilla	
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	**$** -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	**$** -	**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 SED6591670-2024**

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

Señor(a): NATALY RODRIGUEZ AYALA
No. Identificación: CC52529959
Dirección: CLL 70 BIS SUR #14A 35
Telefono: 9207727
Correo: santiago200407@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 80962484

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	NATALY RODRIGUEZ AYALA	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC52529959	**Periodo de Cotización Salud**	septiembre de 2024
Número de planilla	80962484	**Periodo de Cotización Pensión**	septiembre de 2024
Fecha pago	2024-10-11	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	1810271	**Total Pagado**	174500
Banco	1083	**Total Intereses de Mora**	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	13800	1
230301	Porvenir	90200	1
EPS008	Compensar EPS	70500	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52529959
APELLIDOS Y NOMBRES: NATALY RODRIGUEZ AYALA

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	230301	563334	563334	563334	0	70500	0	90200	0	13800	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:	6.463.943,00 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:	6.463.943,00 COP	100%	-
Valor pendiente de entrega:	6.463.943,00 COP	100%	-

Documento del contrato cargado

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	PS 5027 2024 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2024.pdf	PS 5027 2024 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5027 2024 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2024.pdf	PS 5027 2024 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

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