INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA

TIPO DE CONTRATO:	**CONTRATO INTERADMINISTRATIVO**
CONTRATO No. Y FECHA:	CO1.PCCNTR.6355817 del 22 de mayo de 2024
CONTRATISTA:	**ESE HOSPITAL INTEGRADO SABANA DE TORRES**
Nit o C.C. No.	800064543
OBJETO:	IMPLEMENTAR ACCIONES DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL EN EL MUNICIPIO DE SABANA DE TORRES, ENMARCADO DENTRO DEL PROYECTO "IMPLEMENTACION DE ACCIONES DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL EN SANTANDER".
VALOR INICIAL:	$43,000,000.00
VALOR ADICIONAL:	$0.00
PLAZO INICIAL:	SEIS (6) MESES
PLAZO ADICIONAL:	NO APLICA
SUPERVISOR:	**LINDA SALAZAR GRIMALDOS**
Acto Administrativo de Supervisión:	22 DE MAYO DE 2024
INTERVENTOR:	NO APLICA
Acto Administrativo de Interventoría:	NO APLICA
FECHA DE INICIACIÓN:	12 de junio de 2024

ACTAS DE SUSPENSIÓN NO APLICA

ACTAS DE REINICIO NO APLICA

FECHA DE TERMINACIÓN:	Hasta 11 de diciembre de 2024

OFICINA GESTORA:	SECRETARÍA DE SALUD

VALOR A PAGAR:	**$ 21,500,000.00**	**Cobros realizados:** (incluyendo el actual)	**N° 1**	**de**	**2**

Periodo de Pago:	**Desde:**	**12/06/2024**	**Hasta:**	**30/09/2024**

DILIGENCIE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SÓLO SI LA OFICINA GESTORA ES LA SECRETARÍA DE SALUD:		
VALOR ACTA DE RECIBO PARCIAL	N° 1	$ 21,500,000.00

MENOS APORTE DE (EJ. MANO DE OBRA DEL XX%)	$0.00
MENOS AMORTIZACIÓN DE ANTICIPO XX%	0.00
VALOR POR PAGAR EN LA PRESENTE ACTA	**$ 21,500,000.00**

Powered by CamScanner

ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR EL CONTRATISTA

REALIZAR ACCIONES DE PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN EL ENTORNO COMUNITARIO, AMBITO URBANO DIRIGIDO A PRIMERA INFANCIA EN MUNICIPIOS PRIORIZADOS DEL DEPARTAMENTO DE SANTNADER.

ITEM	ACTIVIDADES GENERALES	ACTIVIDADES ESPECIFICAS	EVIDENCIAS
1.	**REALIZAR ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN EL ENTORNO COMUNITARIO, AMBITO URBANO DIRIGIDO A PRIMERA INFANCIA EN MUNICIPIOS PRIORIZADOS DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER.**		
1.1.	Elaborar el calendario de actividades	Calendario de actividades	Se hace entrega del calendario de actividades por el periodo del contrato de los meses julio y agosto, y septiembre.
1.2.	Realizar una (1) reunión de coordinación de las acciones a ejecutar con la secretaria de salud del municipio	Acta de reunión, registro fotográfico y certificación de permanencia.	Se hace entrega de acta de reunión con registro fotográfico y certificación de permanencia.
1.3.	Elaborar el componente de información, educación y comunicación de la estrategia **PARA PROMOCIONAR LA LACTANCIA MATERNA Y LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.** Y validarlo con un grupo focal representativo de la comunidad	a) Componente de IEC de la estrategia validado, b) registro de asistencia de personas que participan del proceso de validación y digitalizado en formato Excel.	Se hace entrega del componente educativo validado, registro fotográfico.
1.4.	Realizar dos (2) ciclos de diez (10) sesiones educativas dirigidas a cuidadores y gestantes (si las hay) Las actividades las realizará un nutricionista dietista. Se realizará solo una actividad educativa al día	a) Dos (2) ciclos de diez (10) sesiones educativas de mínimo 10 asistentes por sesión. b) registro de asistencia y digitalizado en formato Excel, c) registros fotográficos d) certificación de permanencia	Se realizó un ciclo de 10 sesiones educativas y una sesión educativa del segundo ciclo. De mínimo 10 asistentes por sesión. registro de asistencia y digitalizado en formato Excel, registros fotográficos y certificación de permanencia.
2.	**REALIZAR ACCIONES DE GESTIÓN DEL RIESGO DE LA DESNUTRICIÓN EN EL ENTORNO COMUNITARIO, AMBITO URBANO DIRIGIDO A PRIMERA INFANCIA EN MUNICIPIOS PRIORIZADOS DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER.**		
2.1.	Elaborar el calendario de actividades	Calendario de actividades	Se hace entrega del calendario de actividades por el periodo del contrato de los meses julio y agosto, septiembre y octubre
2.2.	Realizar una (1) reunión de coordinación de las acciones a ejecutar con la secretaria de salud del municipio	Acta de reunión, registro fotográfico y certificación de permanencia.	Se hace entrega de acta de reunión con registro fotográfico y certificación de permanencia.

Powered by CamScanner

ITEM	ACTIVIDADES GENERALES	ACTIVIDADES ESPECIFICAS	EVIDENCIAS
2.3.	Elaborar el componente de información, educación y comunicación de la estrategia **DE GESTIÓN DEL RIESGO DE LA DESNUTRICIÓN.** Y validarlo con un grupo focal representativo de la comunidad	a) Componente de IEC de la estrategia validado, b) registro de asistencia de personas que participan del proceso de validación y digitalizado en formato Excel.	Se hace entrega del componente educativo validado, registro de asistencia de personas que participan del proceso de validación y digitalizado en formato Excel
2.4.	Realizar dos (2) ciclos de diez (10) sesiones educativas dirigidas a cuidadores y gestantes (si las hay) Las actividades las realizará un nutricionista dietista. Se realizará solo una actividad educativa al día	a) Dos (2) ciclos de diez (10) sesiones educativas de mínimo 10 asistentes por sesión. b) registro de asistencia y digitalizado en formato Excel, c) registros fotográficos d) certificación de permanencia	Se realizó un ciclo de 10 sesiones educativas y una sesión educativa del segundo ciclo. De mínimo 10 asistentes por sesión, registro de asistencia y digitalizado en formato Excel, registros fotográficos, certificación de permanencia.

MUNICIPIO DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES (ICA):

a) Relacione a continuación el o los Municipios donde se ejecutaron las actividades contractuales.
b) Relacione el código de Actividad Económica DIAN el cual encontrará en su RUT. Recuerde que debe tener relación con su objeto contractual.
c) Relacione el código de la Actividad Económica MUNICIPAL del Impuesto de Industria y Comercio según la normatividad de cada municipio.
d) Para aquellos contratos que tienen ejecución en más de un municipio deberá distribuir el valor de la presente cuenta de acuerdo a los porcentajes según la normatividad vigentes en cada municipio.

MUNICIPIO	ACTIVIDAD ECONOMICA DIAN		ACTIVIDAD ECONOMICA MUNICIPAL		VALOR COBRADO
(DONDE EJECUTA SUS ACTIVIDADES)	CODIGO CIIU	DESCRIPCION ACTIVIDAD	CODIGO CIIU	DESCRIPCION ACTIVIDAD	EN ESTA CUENTA
Sabana de Torres	8610	Actividad de hospitales y Clinas, con internación	8412	Actividades ejecutivas de la administración pública.	$ 21,500,000.00

NOTA: Inserte las filas necesarias de acuerdo a sus actividades contractuales

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMENTO APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL Y OBLIGACIONES TRIBUTARIAS: En calidad de contratista, declaro bajo la gravedad de juramento, en cumplimiento de lo establecido en el Estatuto Tributario Nacional, que los soportes adjuntos a la presente declaración corresponden al pago de aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social Integral por concepto de salud y pensión, para gestionar el respectivo pago. (Recuerde que, las normas que regulan la retención en la fuente en materia tributaria y deducción de dichos aportes no han sido objeto de modificación, por lo tanto, si requiere bajar la base de retención en la fuente, las planillas deberán corresponder al periodo cobrado).

TIPO DE APORTE	DETALLE	MES 1	MES 2	MES 3
APORTE A SALUD	Periodo de cotización	JUNIO/2024	JULIO/2024	AGOSTO/2024
	Fecha de pago	31-05-2024	28-06-2024	31-07-2024
	Nº de Planilla	29918020	30236983	30559932
	Ingreso Base de Cotización	NOMINA	NOMINA	NOMINA
	Valor cotizado	NOMINA	NOMINA	NOMINA
	EPS	NOMINA	NOMINA	NOMINA
APORTE A PENSIÓN	Periodo de cotización	JUNIO/2024	JULIO/2024	AGOSTO/2024
	Fecha de pago	28-06-2024	31-07-2024	EN TRAMITE
	Nº de Planilla	30236983	30559932	EN TRAMITE

Powered by CamScanner

TIPO DE APORTE	DETALLE	MES 1	MES 2	MES 3
	Ingreso Base de Cotización	NOMINA	NOMINA	EN TRAMITE
	Valor cotizado	NOMINA	NOMINA	EN TRAMITE
	Fondo de Pensiones	NOMINA	NOMINA	EN TRAMITE
APORTE A.R.L.	Periodo de cotización	JUNIO/2024	JULIO/2024	AGOSTO/2024
	Fecha de pago	31-05-2024	28-06-2024	31-07-2024
	Nº de Planilla	29918020	30236983	30559932
	Ingreso Base de Cotización	NOMINA	NOMINA	NOMINA
	Valor cotizado	NOMINA	NOMINA	NOMINA
	A.R.L.	NOMINA	NOMINA	NOMINA
PARAFISCALES	SENA	NOMINA	NOMINA	NOMINA
	I.C.B.F.	NOMINA	NOMINA	NOMINA
	Caja de Compensación	CAJASAN	CAJASAN	CAJASAN

TIPO DE APORTE	DETALLE	MES 4
APORTE A SALUD	Periodo de cotización	SEPTIEMBRE/2024
	Fecha de pago	30-08-2024
	Nº de Planilla	30799188
	Ingreso Base de Cotización	NOMINA
	Valor cotizado	NOMINA
	EPS	NOMINA
APORTE A PENSIÓN	Periodo de cotización	SEPTIEMBRE/2024
	Fecha de pago	30-08-2024
	Nº de Planilla	30799188
	Ingreso Base de Cotización	NOMINA
	Valor cotizado	NOMINA
	Fondo de Pensiones	NOMINA
APORTE A.R.L.	Periodo de cotización	SEPTIEMBRE/2024
	Fecha de pago	30-08-2024
	Nº de Planilla	30799188
	Ingreso Base de Cotización	NOMINA
	Valor cotizado	NOMINA
	A.R.L.	NOMINA
PARAFISCALES	SENA	NOMINA
	I.C.B.F.	NOMINA
	Caja de Compensación	CAJASAN

Se firma para tramite de pago, a los 05 días del mes de noviembre de 2024

Firma del Contratista
PAOLA FERNANDA RIOS GOMEZ
ESE HOSPITAL INTEGRADO DE SABANA DE TORRES
Nit. 800064543
Correo: Hospitalst.esehist@gmail.com
Teléfono de contacto: 3002391984

Powered by CamScanner