INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA FINAL

TIPO DE CONTRATO:	**CONTRATO INTERADMINISTRATIVO**
CONTRATO No. Y FECHA:	CO1.PCCNTR.6352657 del 21 de mayo de 2024
CONTRATISTA:	**ESE HOSPITAL INTEGRADO SABANA DE TORRES**
Nit o C.C. No.	800064543-4
OBJETO:	CARACTERIZAR LA POBLACION TRABAJADORA INFORMAL DEL MUNICIPIO DE SABANA DE TORRES QUE LABORA EN LAS DIFERETES ACTIVIDADES ECONOMICAS PRIORIZADAS EN EL MUNICIPIO, ENMARCADO DENTRO DEL PROYECTO FORTALECIMIENTO DE LAS ACCIONES DE GESTION, PROMOCION Y GESTION DEL RIESGO EN SALUD Y AMBITO LABORAL EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER.
VALOR INICIAL:	$20,000,000.00
VALOR ADICIONAL:	$0.00 00.000.00
VALOR TOTAL:	$20,000,000.00 00.000.00
ANTICIPO INICIAL:	$0.00 00
ANTICIPO ADICIONAL:	$0.00 00
ANTICIPO TOTAL:	$0.00 000.000.00
AMORTIZACION ANTICIPO INICIAL:	$0.00 000
AMORTIZACION ANTICIPO ADIC:	$0.00 000
PLAZO INICIAL:	CINCO (5) MESES Días, meses
PLAZO ADICIONAL:	No aplica Días, meses
PLAZO TOTAL:	CINCO (5) MESES

SUPERVISOR:	**SANDRA ESPERANZA BAYONA VERGEL**
Acto Administrativo de Supervisión:	21 DE MAYO DE 2024
INTERVENTOR:	No aplica
Acto Administrativo de Interventoría:	No aplica
FECHA DE INICIACIÓN:	29/05/2024
FECHA DE TERMINACIÓN:	28/10/2024

ACTAS DE SUSPENSIÓN			
No.	XXXX	Fecha:	DD/MMM/AAAA
No.	XXXX	Fecha:	DD/MMM/AAAA

ACTAS DE REINICIO			
No.	XXXX	Fecha:	DD/MMM/AAAA
No.	XXXX	Fecha:	DD/MMM/AAAA

PRORROGA 01:	Días, meses
PRORROGA 02:	Días, meses
PRORROGA 03:	Días, meses
PRORROGA 04:	Días, meses
PRORROGA 05:	Días, meses
PRORROGA 06:	Días, meses
PRORROGA 07:	Días, meses

NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN	DD/MMM/AAAA

Scanned with CamScanner

OFICINA GESTORA:	Secretaria de Salud

VALOR A PAGAR:	**$20.000.000,00**	**No. de cobros realizados:**	**1**	**de**	**1**

Periodo de Pago:	**Desde:**	29/05/2024	**Hasta:**	28/10/2024

No. del RP:	2.3.2.02.02.009.19.1903.1903011.02
Fuente del RP:	SDP – SALUD PUBLICA COLECTIVA

VALOR DEL ACTA:	No.	FINAL	$ 20.000.000,00

MENOS APORTE DE (EJ. MANO DE OBRA DEL XX%)	$
MENOS AMORTIZACION DE ANTICIPO XX%	$
VALOR POR PAGAR EN LA PRESENTE ACTA	**$ 20.000.000,00**

OBSERVACIONES AL ACTA: (estas observaciones son las digitadas al generar la cuenta desde el Portal de Tramite de cuentas de Guane, cuando tenga una condición atípica en su cuenta).

ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR EL CONTRATISTA

ITEM	ACTIVIDADES GENERALES	ACTIVIDADES ESPECIFICAS	EVIDENCIAS
1.	Presentar plan de trabajo y cronograma de actividades identificando y detallando las actividades a desarrollar, fecha de ejecución de la actividad.	-Plan de actividades. -Cronograma mensual de actividades	Se hace entrega de plan de trabajo por el periodo del contrato y cronograma de los meses de junio, julio y agosto, septiembre y octubre
2.	Reunión presencial con el Secretario de Salud del municipio, y o quien haga sus veces, el profesional se seguridad y salud en el trabajo que apoya el desarrollo de la actividad y demás actores involucrados para presentación de la propuesta a desarrollar y coordinación de zona y actividad económica a priorizar.	-Actas de reunión. -Registro de reunión. -Registro fotográfico.	Se hace entrega Acta de reunión, registro de firmas y registro fotográfico de reunión realizada el 15 de julio de 2024, en la Secretaria de Desarrollo e Industria
3.	Aplicar el INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL PARA LAS DIFERENTES ACTIVIDADES ECONOMICAS priorizadas en el municipio utilizando el software establecido por la secretaria.	-Consolidado de los trabajadores informales caracterizados.	Se realizaron 403 encuestas de caracterización, se hace entrega de los consentimientos informados.
4.	Disponer de un profesional en salud y seguridad en el trabajo que coordine el proceso, asesore técnicamente y avale la calidad de la información recolectada en la aplicación del instrumento para la caracterización de la población trabajadora informal y un auxiliar que capture la información en el municipio.	-Hojas de vida de profesional y la auxiliar.	-Se hace entrega de las hojas de vida del profesional BETRIZ HELENA AMAYA Y la auxiliar PAOLA GALLET.

Scanned with CamScanner

ITEM	ACTIVIDADES GENERALES	ACTIVIDADES ESPECIFICAS	EVIDENCIAS
5.	Realizar la matriz de peligros y valoración de riesgos de la o las actividades económicas priorizadas en el proceso de caracterización. Producto: Matriz de peligros y valoración de riesgos de la actividad económica caracterizada.	- Matriz de peligros y valoración de riesgos	Se hace entrega de la Matriz de peligros y valoración de riesgos
6.	Realizar una reunión presencial con el Secretario de Salud del municipio, y o quien haga sus veces, el profesional se seguridad y salud en el trabajo que apoya el desarrollo de la actividad y demás actores involucrados para la socialización de los resultados de la caracterización y matriz de peligros y valoración de riesgos.	-Actas de reunión. -Registro de reunión. -Registro fotográfico	Se hace entrega de acta de reunión el día 25 de octubre de 2024.

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	MAYO /2024	JUNIO/2024	JULIO/2024
	Fecha de pago	30-04-2024	31-05-2024	28-06-2024
	Nº de Planilla	29700299	29918020	30236983
	Ingreso Base de Cotización	NOMINA	NOMINA	NOMINA
	Valor cotizado	NOMINA	NOMINA	NOMINA
	EPS	NOMINA	NOMINA	NOMINA
APORTE A PENSIÓN	Periodo de cotización	MAYO /2024	JUNIO/2024	JULIO/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
	Fondo de Pensiones	NOMINA	NOMINA	NOMINA
APORTE A.R.L.	Periodo de cotización	MAYO /2024	JUNIO/2024	JULIO/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

Scanned with CamScanner

TIPO DE APORTE	DETALLE	MES 4	MES 5	MES 6
APORTE A SALUD	Periodo de cotización	AGOSTO/2024	SEPTIEMBRE/2024	OCTUBRE/2024
	Fecha de pago	31-07-2024	30-08-2024	27-09-2024
	Nº de Planilla	30559932	30799188	31096534
	Ingreso Base de Cotización	NOMINA	NOMINA	NOMINA
	Valor cotizado	NOMINA	NOMINA	NOMINA
	EPS	NOMINA	NOMINA	NOMINA
APORTE A PENSIÓN	Periodo de cotización	AGOSTO/2024	SEPTIEMBRE/2024	OCTUBRE/2024
	Fecha de pago	30-08-2024	27-09-2024	31-10-2024
	Nº de Planilla	30799188	31096534	31405881
	Ingreso Base de Cotización	NOMINA	NOMINA	NOMINA
	Valor cotizado	NOMINA	NOMINA	NOMINA
	Fondo de Pensiones	NOMINA	NOMINA	NOMINA
APORTE A.R.L.	Periodo de cotización	AGOSTO/2024	SEPTIEMBRE/2024	OCTUBRE/2024
	Fecha de pago	30-08-2024	27-09-2024	31-10-2024
	Nº de Planilla	30799188	31096534	31405881
	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

Nota: Recuerde que si su planilla fue pagada fuera de los plazos establecidos los valores a registrar corresponden al total pagado incluyendo la mora.

Se firma para tramite de pago, a los 02 días del mes de diciembre de 2024.

Firma del Contratista
PAOLA FERNANDA RIOS GOMEZ
C.C. No. 37.547.825
Correo: Hospitalst.esehist@gmail.com
Teléfono de contacto: 3002391984

Scanned with CamScanner