| | |
|---|---|
| municipio de Yondó que sean encomendadas por la secretaria de salud. | llamadas telefónicas, para el nuevo beneficio de comedores que se estará realizando.<br>**SOPORTES O EVIDENCIAS DE ACTIVIDADES**<br>Fotografías. |
| | |
| | |

| **3. VALOR A PAGAR** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **LA SUMA DE $** | $2.100.000.00 | | | |
| **VALOR EN LETRAS** | DOS MILLONES CIEN MIL PESOS MONEDA CORRIENTE | | | |
| **NUMERO DE CUENTA BANCARIA** | 168222388 | | | |
| **BANCO** | BANCO DE BOGOTA | | | |
| **TIPO DE CUENTA** | **AHORROS** | **X** | **CORRIENTE** | |

**4. OBLIGACIONES GENERALES**

- Como contratista responsable de la ejecución del contrato ya indicado, certifico que he cumplido a cabalidad y de manera puntual con todas y cada una de las obligaciones generales establecidas.
- De no haber cumplido una en especial, indicarlos y justificarlos el porqué del incumplimiento.
- **Las demás establecidas dentro del contrato**

***Cualquier novedad o anomalía presentada en la ejecución del contrato debe ser comunicada al supervisor***

**5. OBSERVACIONES**

**NOMBRE DEL CONTRATISTA:** Paula Andrea Arrieta Rivas
**C.C.:** 1.042.214.382
**Correo electrónico:** paulaarrieta@hotmail.es

1042214382

**FIRMA DEL CONTRATISTA**

| Municipio de Yondó Antioquia | GESTIÓN COMPRAS Y CONTRATACIÒN | Código: | F-PSA-GCYC-OAJ-6 |
|---|---|---|---|
| | FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN ACTIVIDADES DE CONTRATOS Y/O CONVENIOS | Fecha Aprobación: | 29/04/2024 |
| | | Versión: | 2 |
| | | Páginas: | **Página 2 de 3** |

| APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **NUMERO DE PLANILLA:** | | | **No. 9489835979** | | | | | |
| **Fecha de Pago de la Panilla:** | **MES** | **08** | **DIA** | **12** | **AÑO** | 2025 | | |
| **Ingreso Base de Cotización (IBC):** | **$1,423,500** | | | | | | | |
| **Periodo Cotizado** | **De** | **MES** | 07 | **DIA** | 01 | **AÑO** | 2025 | |
| | **Hasta** | **MES** | 07 | **DIA** | 31 | **AÑO** | 2025 | |
| **Concepto** | **Valor Aporte** | **Valor Intereses** | | **Valor Total** | | | | |
| Salud | $178.000 | 0,00 | | $178.000 | | | | |
| Pensión | $227.800 | 0,00 | | $227.800 | | | | |
| ARL | $7.500 | 0,00 | | $7.500 | | | | |
| **TOTALES** | **$413.300** | **0,00** | | **$413.300** | | | | |

**NOTA: Anexo soporte de pago de la Seguridad Social**

**SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST)**

| | | |
|---|---|---|
| **CERTIFICO** que cumplí con la política del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST) del MUNICIPIO DE YONDO, con alcance sobre todos sus centros de trabajo y todos sus servidores públicos y contratistas, así como adoptar las disposiciones legales e internas para el cumplimiento del (SG-SST). | **SI** | **X** |
| | **NO** | |

**3.2 OBLIGACIONES ESPECIFICAS Y ACTIVIDADES DESARROLLADAS**

| **ACTIVIDAD Nº 001** | |
|---|---|
| Apoyar mediante la digitalización de los seguimientos a eventos de interés en salud pública, se debe diligenciar una matriz por cada evento. | Apoyé mediante la digitalización por medio de Excel, Word, los seguimientos a eventos de interés en salud pública: Dengue (17 casos), Violencia (8 casos), Sífilis (6 casos), Tuberculosis (1 caso), Intento de Suicidio (1 caso).<br>**SOPORTE O EVIDENCIA DE ACTIVIDADES**<br>Fotografías. |
| **ACTIVIDAD Nº 002** | |
| Apoyar con el diligenciamiento de matriz de información recursos salud pública (https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id). | Apoyé con el diligenciamiento de matriz de información recursos salud pública, ayudando a sistematizar cada uno de los contratos ingresados a la secretaria de salud, colocando en orden de llegada cada uno de ellos.<br>**SOPORTES O EVIDENCIAS DE ACTIVIDADES**<br>Fotografías. |
| **ACTIVIDAD Nº 003** | |
| Apoyar mediante levantamiento de inventario de archivo de la secretaria de salud 2025. | Apoyé mediante levantamiento de inventario de archivo de la secretaria de salud 2025, organizando en una plataforma (Excel), cada uno de los contratos por orden de fecha y año, con el fin de llevar un control y orden adecuado.<br>**SOPORTES O EVIDENCIAS DE ACTIVIDADES**<br>Fotografías. |
| **ACTIVIDAD Nº 004** | |
| Apoyar mediante la clasificación y codificación documentos físicos de la secretaria de salud. | Apoyé en la clasificación y codificación de documentos físicos de la secretaria de salud, ingresando y organizando cada uno de ellos en su respectiva caja o carpeta, foliando documentos, poniendo rótulos para caja o carpetas y mantener su respectiva conservación.<br>**SOPORTES O EVIDENCIAS DE ACTIVIDADES**<br>Fotografías. |

| Municipio de Yondó Antioquia | GESTIÓN COMPRAS Y CONTRATACIÒN | Código: | F-PSA-GCYC-OAJ-6 |
|---|---|---|---|
| | FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN ACTIVIDADES DE CONTRATOS Y/O CONVENIOS | Fecha Aprobación: | 29/04/2024 |
| | | Versión: | 2 |
| | | Páginas: | **Página 1 de 3** |

| INFORME PARCIAL | X | INFORME FINAL | |
|---|---|---|---|

| 1. INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATO | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE ELABORACIÓN DEL INFORME | | | Día | Mes | Año | NÚMERO DE INFORME | 002 | | | | |
| | | | 14 | 08 | 2025 | | | | | | |
| PERIODO DE REPORTE DEL INFORME | DEL 13 de Julio al 12 de Agosto del 2025 | | | | | | | | | | |
| TIPO DE CONTRATO | CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION | | | | | | | | | | |
| Nº CONTRATO o CONVENIO o ACEPTACIÓN DE OFERTA | CPS 170-2025 | | | | | | | | | | |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA | Paula Andrea Arrieta Rivas | | | | | | | | | | |
| IDENTIFICACION CONTRATISTA (NIT o CC): | 1.042.214.382 | | | | | | | | | | |
| REPRESENTA LEGAL DEL CONTRATISTA: | N/A | | | | | | | | | | |
| IDENTIFICACION REPRESENTANTE LEGAL: | N/A | | | | | | | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO o CONVENIO o ACEPTACIÓN DE OFERTA | SERVICIOS PARA APOYAR EL FORTALECIMIENTO EN LA CLASIFICACION, ORGANIZACIÓN, CONSERVACION Y MANEJO DOCUMENTAL DEL ARCHIVO, ACTIVIDADES DE LA SECRETARIA DE SALUD EN EL CUMPLIMIENTO, DESARROLLO Y EJECUCION DEL PROYECTO: fortalecimiento a la rectoría sanitaria, inspección, vigilancia y control en el municipio de Yondó Antioquia. | | | | | | | | | | |
| ACTA DE INICIO | SI | X | N/A | | FECHA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO | | | Día | Mes | Año | |
| | | | | | | | | 13 | 06 | 2025 | |
| FECHA DE INICIO | Día | Mes | Año | | FECHA DE INICIO + ADICIONAL | | | Día | Mes | Año | |
| | 13 | 06 | 2025 | | | | | | | | |
| FECHA TERMINACION | Día | Mes | Año | | FECHA TERMINACIÓN + ADICIONAL | | | Día | Mes | Año | |
| | 12 | 10 | 2025 | | | | | - | - | - | |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | $8.400.000.00 | | | | FORMA DE PAGO | | | POR AVANCES DE EJECUCION DEL CONTRATO | | | |
| VALOR ADICIONAL DEL CONTRATO | 0,00 | | | | FORMA DE PAGO | | | N/A | | | |
| VALOR FINAL DEL CONTRATO | 8.400.000.00 | | | | FORMA DE PAGO | | | POR AVANCES DE EJECUCION DEL CONTRATO | | | |
| Certificado Disponibilidad Presupuestal Inicial Nº | SHM0000583-22/Mayo/2025 | | | | Certificado Disponibilidad Presupuestal Inicial Nº | | | N/A | | | |
| Registro Presupuestal Inicial Nº | SHM0000893-13/Junio/2025 | | | | Registro Presupuestal Adicional Nº | | | N/A | | | |
| 2. SUPERVISIÓN O INTERVENTOR | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR | MARLON ORLANDO MARTINEZ LEON | | | | | | | | | | |
| CARGO | SECRETARIO DE SALUD | | | | | | | | | | |
| 3. CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES | | | | | | | | | | | |
| 3.1. VERIFICACIÓN DE PAGOS A LA SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |