DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	**x**	**OPS**	**Convenio**		**Orden**		**No**	**1561 de 2022**
		Tipo	Prestación de servicio						
Objeto		PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO PROFESIONAL ESPECIALISTA							
Contratista		LISBETH SARITH CORONELL PEREZ							
Identificación (CC – Nit)		1.045.701.173 DE BARRANQUILLA							
Representante Legal									
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato		**Nombre**	JULIETA BARRERO CORONADO						
		Cargo	SMSM						

2. FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	12/01/2022
Iniciación	12/01/2022
Cesión	
Suspensión	
Reinicio	

3. PLAZO DE EJECUCIÓN

PACTADO (meses)		FECHAS	
		Desde	Hasta
Inicial	12/01/2022	12/01/2022	31/12/2022
Prórroga			
PLAZO TOTAL	12 Meses	12/01/2022	31/12/2022
PLAZO TOTAL EJECUTADO	12 Meses	12/01/2022	31/12/2022

4. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$41.961.400.00
VALOR ADICIÓN	$0
VALOR REDUCCIONES	$0
VALOR TOTAL	$41.961.400.00

DATOS REQUERIDOS

5. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR
		Enero 2022	$2.284.400
		Febrero 2022	$3.607.000
		Marzo 2022	$3.607.000
		Abril 2022	$3.607.000
		Mayo 2022	$3.607.000
		Junio 2022	$3.607.000
		Julio 2022	$3.607.000
		Agosto 2022	$3.607.000
		Septiembre 2022	$3.607.000
		Octubre 2022	$3.607.000
		Noviembre 2022	$3.607.000
		Diciembre 2022	$3.607.000
		VALOR PAGOS EFECTUADOS	$41.961.400.00
		SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$0
		SALDO A LIBERAR O NO EJECUTADO	$0

La(el) supervisora(or) / interventora(or) certifica:

- Que los aportes a parafiscales se hicieron dando cumplimiento a la ejecución del contrato.
- Que los pagos autorizados, se hicieron dando cumplimiento a la forma de pago pactada.

6. VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL OBJETO, ALCANCE Y OBLIGACIONES

La Supervisión deja constancia de haber verificado el cumplimiento de la totalidad de las obligaciones a cargo del contratista en los siguientes terminos:

OBJETO	VERIFICACIÓN
PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO PROFESIONAL ESPECIALISTA	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con el objeto contractual

ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	VERIFICACIÓN
	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con la entrega de elementos o bienes. (anexar soportes)

OTRAS OBLIGACIONES	VERIFICACIÓN
1.	Descripción de como a través de la ejecución del contrato se cumplió con las obligaciones, por cada una de las obligaciones específicas se debe detallar el cumplimiento. (anexar soportes)

7. VERIFICACIÓN OBLIGACIONES SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y RECURSOS PARAFISCALES

(Ley 789 del 27 de diciembre de 2002, el artículo 50, sobre control a la evasión de los recursos parafiscales).

DATOS REQUERIDOS

El contratista acreditó durante la ejecución del contrato, los recibos de pagos de aportes parafiscales relativos al Sistema de Seguridad Social Integral, de conformidad con lo establecido en la normatividad vigente.

FECHA	VALOR TOTAL	SALUD	PENSION
12/01/2022	$433.500	$175.100	$224.400
11/02/2022	$446.500	$180.400	$230.900
14/03/2022	$446.500	$180.400	$230.900
11/04/2022	$446.500	$180.400	$230.900
09/05/2022	$446.500	$180.400	$230.900
13/06/2022	$446.500	$180.400	$230.900
12/07/2022	$446.500	$180.400	$230.900
11/08/2022	$446.500	$180.400	$230.900
12/09/2022	$446.500	$180.400	$230.900
07/10/2022	$446.500	$180.400	$230.900
09/11/2022	$446.500	$180.400	$230.900
09/12/2022	$446.500	$180.400	$230.900

Nota: Se deberá adjuntar el pago de Parafiscales y Seguridad social del último mes en que se firma la presente acta.

8. POLIZAS

Para la fecha de la firma del acta final deberán estar vigentes las pólizas

Nº DE POLIZA	AMPARO	VIGENCIA	
		INICIO	FINAL

Nota 1: Este ITEM no aplica para los Contratos de Prestación de Servicios con persona natural, si no se requiere.
Nota 2: La vigencia de las pólizas deberá ser posterior a seis (06) meses una vez se firme la presente acta.

9. CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO DEL PROVEEDOR

El supervisor en desarrollo de la ejecución del contrato deberá diligenciar las siguientes casillas, para medir el cumplimiento del proveedor

Concepto	1	2	3	4	5
Solución a inconvenientes					x
Comunicación con la(el) supervisora(or) / interventora(or)					x
Oportunidad en la gestión					x
Calidad del bien o servicio					x
Cumplimiento					x

Nota: Califique al contratista de conformidad con la siguiente tabla, siendo el 5 el puntaje más alto y el 1 el puntaje más bajo.

9. OBSERVACIONES Y CONSTANCIAS FINALES

DATOS REQUERIDOS

Para constancia se firma en Bogotá, a los 31 días del mes de Diciembre de 2022

El SUPERVISOR		**El CONTRATISTA**	
Nombre	JULIETA BARRERA CORONADO	**Nombre Representante Legal**	
Cargo	SMSM	**Identificación**	1045701173.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI | DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1045701173
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LISBETH SARITH CORONELL PEREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	SOACHA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
DIRECCIÓN:	CRA 32 N 13 - 226	TELÉFONO:	5555555
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Educación media técnica y de formación laboral.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		7859004506	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES noviembre	AÑO 2022	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES noviembre	AÑO 2022
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2022/12/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1802247114

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	NOMBRE (ADMINISTRADORA)	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 230.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 230.900	$ 0	$ 230.900
SUBTOTALES:										$ 230.900	$ 0	$ 230.900

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	NOMBRE (ADMINISTRADORA)	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 180.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 180.400	$ 0	$ 0	$ 180.400
SUBTOTALES:													$ 180.400	$ 0	$ 0	$ 180.400

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	NOMBRE (ADMINISTRADORA)	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-25	14-25-COLMENA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 35.200	$ 35.200	$ 0	$ 0	$ 35.200
SUBTOTALES:									$ 35.200	$ 0	$ 0	$ 35.200

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1045701173	CORONELL PEREZ LISBETH SARITH	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.442.800			NO																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	231001-COLFONDOS	30	$ 1.442.800	$ 230.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 230.900

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD / ARP

Nº	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.442.800	$ 180.400	$ 0	$ 180.400	14-25-COLMENA	30	$ 1.442.800	104570117	$ 35.200

PARAFISCALES

Nº	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL **$ 446.500**

Planilla Pagada

2022/12/09 11:21 AM USUARIO: SOI CC1045701173