	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

MARIA FERNANDA PRIETO ORTIZ

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.022.430.102				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMÓ PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN MEDICINA VETERINARIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5900 2023		**FECHA INICIO CONTRATO**	21/06/2023	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 1.999.068	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	QUINCE (15) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 63.228.932		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 1.999.068
N° DE INFORME:	11	**N° CRP:**	25827	**N° CDP:**	1495
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	1 AÑO(S) 3 MESES 15 DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	14	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	14	**PRORROGAS**	12	
VALOR ADICIONADO	$ 8.387.256	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2106	**CRP DE LA ADICIÓN:**	31771	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES Y 3 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4.019.865	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2800	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38726	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.998.136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3417	**CRP DE LA ADICIÓN:**	41740	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.811.450	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3850	**CRP DE LA ADICIÓN:**	45773	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.408.882	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4129	**CRP DE LA ADICIÓN:**	51417	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4.271.921	**CDP DE LA ADICIÓN:**	211	**CRP DE LA ADICIÓN:**	11188	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 3.346.266	**CDP DE LA ADICIÓN:**	399	**CRP DE LA ADICIÓN:**	15949	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 3.998.136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	489	**CRP DE LA ADICIÓN:**	18658	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5.997.204	**CDP DE LA ADICIÓN:**	892	**CRP DE LA ADICIÓN:**	20620	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3.998.136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1322	**CRP DE LA ADICIÓN:**	27348	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 3.998.136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1712	**CRP DE LA ADICIÓN:**	31239	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3.998.136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**CRP DE LA ADICIÓN:**	35313	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 5.998.204	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**CRP DE LA ADICIÓN:**	39036	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3.998.136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**CRP DE LA ADICIÓN:**	42351	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
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:	N/A	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	**FECHA DE APROBACIÓN:**			N/A

ITEM	**IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO** **(Deben ser coherentes con las actividades especificas realizadas durante el mes)**

1	1. OBLIGACIÓN: Prestar sus servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar las actividades de; recorrido de caracterización barrial, cartografía social con el objetivo de identificar problemáticos ambientales y sociales del territorio, conformación de nodos en salud ambiental para la planación del desarrollo de las actividades según necesidades expuestas, articulaciones, concertaciones y programación de reciclatones, encuentros barriales en salud ambiental, jornadas de conmemoración de fechas ambientales y sesiones de nodos de salud ambiental, desarrollo de acciones en los nodos de salud ambiental de los territorios priorizados, reciclatones, Encuentros barriales en salud
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se presenta cronograma por medio magnético del mes de Octubre 2024. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de cronograma en medio magnético diligenciado y actualizado subido al drive.
3	1. OBLIGACIÓN: Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes que se solicite conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar reporte de matrices distritales mensualmente como; matriz de monitoreo en donde se reporta el total de población abordada en las acciones de educación en salud ambiental, matriz temática en donde se reporta el total de población abordada en las acciones de educación en salud ambiental en las líneas y los temas específicos correspondientes, matriz de seguimiento de intervenciones de los EAS en donde se reporta la población abordada por localidad de huertas intervenidas, actividades de reciclatón con sus resultados cuantitativos, población abordada en parques libre de humo, población abordada en encuentros barriales en salud ambiental, población abordada en jornadas de conmemoración y las actividades se sustentan mediante el registro fotográfico, Plan de gestión barrial de entornos ambientalmente saludables se reportan los datos cuantitativos y cualitativos de población y de las actividades realizadas en los territorios priorizados, Matriz Plan de acción entornos ambientalmente saludables en donde se reportan sesiones y población de educación en salud ambiental por localidad y UPZ. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Matriz: -Monitoreo. -Temática. -Seguimiento de intervenciones de los EAS. -Plan de gestión barrial de entornos ambientalmente saludables (PGBEAS). -Plan de acción entornos ambientalmente saludables (PAEAS). -Registro fotográfico.
4	1. OBLIGACIÓN: Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza precritica de formatos de sesiones colectivas con el fin de asegurar la calidad de cada uno de los formatos, alistamiento preauditoria, escáner de soportes de formatos de sesiones colectivas. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Realizar reporte de matrices distritales mensualmente como; matriz de monitoreo en donde se reporta el total de población abordada en las acciones de educación en salud ambiental, matriz temática en donde se reporta el total de población abordada en las acciones de educación en salud ambiental en las líneas y los temas específicos correspondientes, matriz de seguimiento de intervenciones de los EAS en donde se reporta la población abordada por localidad de huertas intervenidas, actividades de reciclatón con sus resultados cuantitativos, población abordada en parques libre de humo, población abordada en encuentros barriales en salud ambiental, población abordada en jornadas de conmemoración y las actividades se sustentan mediante el registro fotográfico, Plan de gestión barrial de entornos ambientalmente saludables se reportan los datos cuantitativos y cualitativos de población y de las actividades realizadas en los territorios priorizados, Matriz Plan de acción entornos ambientalmente saludables en donde se reportan sesiones y población de educación en salud ambiental por localidad y UPZ.
5	1. OBLIGACIÓN: Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar apropiación conceptual de lineamientos y anexos operativos convenio Septiembre- 15 de Octubre 2024. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas.
6	1. OBLIGACIÓN: Realizar las visitas de inspección, vigilancia y control, desde su perfil profesional, verificando el cumplimiento de las condiciones higiénicas y sanitarias descritas en la Ley 9 de 1979 y sus normas reglamentarias en los bienes y servicios a establecimientos objeto de la vigilancia Sanitaria y de las diferentes líneas de intervención de la vigilancia de la Salud Ambiental conforme a los lineamientos, anexos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar actividades de información y educación en las líneas de salud ambiental como la línea de alimentos sanos y seguros y la línea de eventos trasmisibles de origen zoonótico conforme a los lineamientos. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos de listados de sesiones colectivas, matrices de cumplimiento y registro fotográfico.
7	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar acciones de gestión documental de documentos operativos y auditoria del año 2024. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta de entrega de archivo.
8	1. OBLIGACIÓN: Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar Matriz interna con la población abordada, alistamiento de insumos para la implementación de nodos en salud ambientalcontar con disponibilidad de acuerdo a lo requerido por parte de la subred centro oriente E.S.E. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas y formatos.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9473756575	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	SANITAS	16/10/2024	$ 200.000
PENSIÓN:	PORVENIR	16/10/2024	$ 255.900
RIESGOS LABORALES:	SURA	16/10/2024	$ 39.000
OTRO			$ -
TOTAL PAGADO			**$ 494.900**

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados 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 periodo correspondiente

Mario Fernando Prieto

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MARIA FERNANDA PRIETO ORTIZ
CC: 1.022.430.102
CEL 3106662230

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: 18/10/2024

NOMBRES Y APELLIDOS:	MARIA FERNANDA PRIETO ORTIZ	**CC:**	1.022.430.102
		RUT (NIT):	1022430102-9
CORREO ELECTRÓNICO:	mafeprieto10@hotmail.com	**TELÉFONO:**	3106662230
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 1H 38D 04	**CIUDAD:**	BOGOTÁ D.C.

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 parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.

Régimen 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 DAVIVIENDA				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**Nº CUENTA:**	1022430102

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

Nº DEL CONTRATO:	PS 5900 2023	**Nº CDP:**	3170	**Nº. RP:**	42351	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :1 AÑO(S) 3 MESES 15 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	21/06/2023	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		15/10/2024		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 63.228.932
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 1/10/2024 AL 15/10/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 1.999.068					
	UN MILLÓN NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL SESENTA Y OCHO PESOS					

Maria Fernanda Prieto

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MARIA FERNANDA PRIETO ORTIZ

C.C: **1.022.430.102**

CEL: **3106662230**

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			MARIA FERNANDA PRIETO ORTIZ		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.022.430.102		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMÓ PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN MEDICINA VETERINARIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5900 2023		**FECHA INICIO CONTRATO**	21/06/2023	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 1.999.068				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 63.228.932		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.999.068	
N° PAGO / N° DE INFORME:	11	**N° CRP INICIAL:**	25827	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	1495
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	1 AÑO(S) 3 MESES 15 DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9473756575		**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GSP PSPIC - COMUNITARIO				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES								
N° DE MODIFICACIÓN:	14	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**					14	12
VALOR ADICIONADO	$ 8.387.256	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2106	**RP DE LA ADICIÓN:**	31771	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES Y 3 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4.019.865	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2800	**RP DE LA ADICIÓN:**	38726	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.998.136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3417	**RP DE LA ADICIÓN:**	41740	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.811.450	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3850	**RP DE LA ADICIÓN:**	45773	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.408.882	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4129	**RP DE LA ADICIÓN:**	51417	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4.271.921	**CDP DE LA ADICIÓN:**	211	**RP DE LA ADICIÓN:**	11188	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 3.346.266	**CDP DE LA ADICIÓN:**	399	**RP DE LA ADICIÓN:**	15949	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 3.998.136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	489	**RP DE LA ADICIÓN:**	18658	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5.997.204	**CDP DE LA ADICIÓN:**	892	**RP DE LA ADICIÓN:**	20620	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3.998.136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1322	**RP DE LA ADICIÓN:**	27348	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 3.998.136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1712	**RP DE LA ADICIÓN:**	31239	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3.998.136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**RP DE LA ADICIÓN:**	35313	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 5.998.204	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**RP DE LA ADICIÓN:**	39036	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3.998.136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**RP DE LA ADICIÓN:**	42351	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS (SI APLICA)

Nº DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	N/A

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA 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 1/10/2024 al 15/10/2024

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA CARGO: PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30
	NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: CLAUDIA IRENE SEGURA VERA PERFIL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE GESTION

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC [illegible]		PINTO ORTIZ maria FERNANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE [illegible]	BOGOTA-BOGOTA D.C.	[illegible]	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clase		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-08	NORMAL	[illegible]	I	2024-09-03	2024-09-09	BANCO DAVIVIENDA	6	$[illegible],000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	vst	sln	ige	lma	vac	vip	vio	cun	rem		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	[illegible]	PINTO ORTIZ maria FERNANDA																		[illegible]	30	$1,[illegible],[illegible]	$[illegible],[illegible]	[illegible]	30	$1,[illegible],[illegible]	$[illegible],[illegible]		0	$0	$0	[illegible]	30	$1,[illegible],[illegible]	$[illegible],[illegible]	0	$0	$0	No	$[illegible],[illegible]
Total	Afiliados(1)																						$1,[illegible],[illegible]	$[illegible],[illegible]			$1,[illegible],[illegible]	$[illegible],[illegible]			$0	$0			$1,[illegible],[illegible]	$[illegible],[illegible]		$0	$0		$[illegible],[illegible]

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033431502		HUERTA ORTIZ MARIA FERNANDA	DEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 74 103 04	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3108462230	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	INDEPENDIENTE	94727663	I	2024/10/15	2024/10/14	BANCO DAVIVIENDA	0	550,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Tarifa: PRINCIPAL (1.044%)																					
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,999,254	$203,908			$1,999,254	$200,000			$0	$0			$1,999,254	$30,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,999,254	$203,908			$1,999,254	$200,000			$0	$0			$1,999,254	$30,000		$0	$0
1	CC	1033431502	INDEPENDIENTE	03001	30	$1,999,254	03001	30	$1,999,254	$200,000		0	$0	$0	14101	30	$1,999,254	$30,000	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,999,254	$203,908			$1,999,254	$200,000			$0	$0			$1,999,254	$30,000		$0	$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Enmarcado (Ehh o CSF
CC 1022120710		PRETTO REYES MARIA FERNANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 94 16D 84	BOGOTA-BOGOTA D.C.	3108662220	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2024-09	2024-09	165754219	547575877	I	30/09/2024	30/09/2024	BANCO DAVIVIENDA	14	$350,000

RESUMEN DE PAGO

AFP (ADMINISTRADORA: 1)					1	$259,900	$2,600	$0	$256,900
PORVENIR		230091	800,224,808	8	1	$259,900	$2,600	$0	$256,900
ARL (ADMINISTRADORA: 1)					1	$39,000	$600	$0	$38,400
ARL SURA		14-11	830,903,708	5	1	$39,000	$600	$0	$38,400
EPS (ADMINISTRADORA: 1)					1	$200,000	$2,160	$0	$302,160
SANITAS		EPS005	800,251,440	6	1	$200,000	$2,160	$0	$302,160
TOTAL					3	$498,900	$5,360	$0	$650,000

DAVIVIENDA

BANCO DAVIVIENDA S.A.

CERTIFICA:

Que **MARIA FERNANDA PRIETO ORTIZ**, quien se identifica con **Cédula de ciudadanía** No. **1022430102** y es titular de la cuenta terminada en ****4529** , realizó el siguiente pago a través de :

Fecha del pago	Valor	Destino	Factura - Referencia	Número de Autorización
16/10/2024	$ 500.000,00	APORTES EN LINEA	985734129	85734129

Se expide en Bogotá, el 18-10-2024.

Atentamente,

BANCO DAVIVIENDA S.A.

Banco Davivienda S.A.

VIGILADO