	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						
LINA PAOLA ORTIZ NEIRA						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1,019,094,407					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN INGENIERIA QUIMICA 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 4664 2023		**FECHA INICIO CONTRATO**	27/03/2023		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3,736,488	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	UN (1) MES			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 78,964,186		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1,999,068		
N° DE INFORME:	13	**N° CRP:**	11655	**N° CDP:**	626	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	1 AÑO(S) 6 MESES 20 DIAS					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO					
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:	18	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	18	**PRORROGAS**	16		
VALOR ADICIONADO	$ 4,803,009	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1161	**CRP DE LA ADICIÓN:**	18968	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES	
VALOR ADICIONADO	$ 1,890,423	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1520	**CRP DE LA ADICIÓN:**	22944	**TIEMPO PRORROGADO:**	15 DIAS	
VALOR ADICIONADO	$ 2,672,667	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1715	**CRP DE LA ADICIÓN:**	25436	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES	
VALOR ADICIONADO	$ 8,387,394	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2106	**CRP DE LA ADICIÓN:**	31450	**TIEMPO PRORROGADO:**	23 DIAS	
VALOR ADICIONADO	$ 4,019,865	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2800	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38447	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES	
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3417	**CRP DE LA ADICIÓN:**	41474	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES	
VALOR ADICIONADO	$ 3,050,331	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3850	**CRP DE LA ADICIÓN:**	45524	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES	
VALOR ADICIONADO	$ 2,408,882	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4129	**CRP DE LA ADICIÓN:**	51158	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES Y 13 DIAS	
VALOR ADICIONADO	$ 4,271,921	**CDP DE LA ADICIÓN:**	211	**CRP DE LA ADICIÓN:**	10929	**TIEMPO PRORROGADO:**		
VALOR ADICIONADO	$ 3,346,266	**CDP DE LA ADICIÓN:**	399	**CRP DE LA ADICIÓN:**	15686	**TIEMPO PRORROGADO:**		
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	489	**CRP DE LA ADICIÓN:**	18413	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES	
VALOR ADICIONADO	$ 5,997,204	**CDP DE LA ADICIÓN:**	892	**CRP DE LA ADICIÓN:**	20372	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS	
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1322	**CRP DE LA ADICIÓN:**	27112	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA	
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1712	**CRP DE LA ADICIÓN:**	31044	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS	
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**CRP DE LA ADICIÓN:**	35122	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA	
VALOR ADICIONADO	$ 6,392,784	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38856	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS	
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**CRP DE LA ADICIÓN:**	42183	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES	
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**CRP DE LA ADICIÓN:**	44346	**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:**		

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		

ÍTEM	**IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO** **(Deben ser coherentes con las actividades específicas 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: Se desarrollaron visitas de inspección, vigilancia y control de perfil profesional en las localidades asignadas. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos fisicos de IVC en archivo central del área VSA y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA DC para el mes certificado.
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Las actividades desarrolladas se programan de acuerdo al censo establecido y direccionado por la Secretaria Distrital de Salud, alimentado de manera diaria y de cuerdo a los establecido por el lider de linea. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Se realiza actualizacion de cronograma en 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 écnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Desarrollo de actividades como profesional de la linea de seguridad quimica de vigilancia sanitaria. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Se presentan soportes de manera oportuna, completa, ordenada y legible
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: Apoyo de actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Se Presentan soportes de manera oportuna, completa, ordenada y legible.
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: Apropiación conceptual de los lineamientos tecnicos enviados desde nivel central de la SDS y reinducciones direccionadas desde la linea de intervencion. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Se Presentan soportes de manera oportuna, completa, ordenada y legible.
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: Desarrollo de actividades inspeccion vigilancia y control desde el perfil profesional, de acuerdo a la normatividad de acuerdo a cada bien y servicio asignado. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato fisico de IVC en archivocentral del área de VSA y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA DC para el mes certificado
7	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizo participación de las asistencias tecnicas convocadas. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soportes debidamente organizados para procesos de auditoria del mes correspondiente
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: Desarrollo de actividades como profesional de la linea de seguridad quimica de vigilancia sanitaria. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): productos realizados de acuerdo a lineamientos correspondiente en medio fisico y magnetico

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	73812505	**OPERADOR:**	ENLACE

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	COMPENSAR	16/10/24	$ 200,000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	16/10/24	$ 255,900
RIESGOS LABORALES:	SURA	16/10/24	$ 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

Lina Ortiz

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LINA PAOLA ORTIZ NEIRA
CC: 1,019,094,407
CEL 3157768118

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: 31/10/2024			
NOMBRES Y APELLIDOS:	LINA PAOLA ORTIZ NEIRA	**CC:**	1,019,094,407
		RUT (NIT):	1019094407-7
CORREO ELECTRÓNICO:	linap.ortiz8@gmail.com	**TELÉFONO:**	3157768118
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 151C 104 50	**CIUDAD:**	BOGOTA

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:	SCOTIABANK COLPATRIA	**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**N° CUENTA:**	6342041489
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	PS 4664 2023	**N° CDP:**	3525	**N°. RP:**	44346	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :1 AÑO(S) 6 MESES 20 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	27/03/2023	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		15/11/2024		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 78,964,186
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 17/10/2024 AL 31/10/24					
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					

Lina Ortiz

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LINA PAOLA ORTIZ NEIRA
C.C: 1,019,094,407
CEL: 3157768118

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	LINA PAOLA ORTIZ NEIRA
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1,019,094,407

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN INGENIERIA QUIMICA 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 4664 2023			FECHA INICIO CONTRATO	27/03/2023
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.736,488				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 78,964,186			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 1,999,068
N° PAGO / N° DE INFORME:	13	N° CRP INICIAL:	11655	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	626
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	1 AÑO(S) 6 MESES 20 DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	73812505			OPERADOR:	ENLACE
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GSP PSPIC - VSA				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	18	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				18	16
VALOR ADICIONADO	$ 4,803,009	CDP DE LA ADICIÓN:	1161	RP DE LA ADICIÓN:	18968	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1,890,423	CDP DE LA ADICIÓN:	1520	RP DE LA ADICIÓN:	22944	TIEMPO PRORROGADO:	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,672,667	CDP DE LA ADICIÓN:	1715	RP DE LA ADICIÓN:	25436	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 8,387,394	CDP DE LA ADICIÓN:	2106	RP DE LA ADICIÓN:	31450	TIEMPO PRORROGADO:	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,019,865	CDP DE LA ADICIÓN:	2800	RP DE LA ADICIÓN:	38447	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	CDP DE LA ADICIÓN:	3417	RP DE LA ADICIÓN:	41474	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,050,331	CDP DE LA ADICIÓN:	3850	RP DE LA ADICIÓN:	45524	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,408,882	CDP DE LA ADICIÓN:	4129	RP DE LA ADICIÓN:	51158	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,271,921	CDP DE LA ADICIÓN:	211	RP DE LA ADICIÓN:	10929	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ 3,346,266	CDP DE LA ADICIÓN:	399	RP DE LA ADICIÓN:	15686	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	CDP DE LA ADICIÓN:	489	RP DE LA ADICIÓN:	18413	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5,997,204	CDP DE LA ADICIÓN:	892	RP DE LA ADICIÓN:	20372	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	CDP DE LA ADICIÓN:	1322	RP DE LA ADICIÓN:	27112	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	CDP DE LA ADICIÓN:	1712	RP DE LA ADICIÓN:	31044	TIEMPO PRORROGADO:	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	CDP DE LA ADICIÓN:	2248	RP DE LA ADICIÓN:	35122	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 6,392,784	CDP DE LA ADICIÓN:	2562	RP DE LA ADICIÓN:	38856	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	CDP DE LA ADICIÓN:	3170	RP DE LA ADICIÓN:	42183	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES

VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	CDP DE LA ADICIÓN:	3525	RP DE LA ADICIÓN:	44346	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:	

III. POLIZAS (SI APLICA)

N° 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 articulo 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 17/10/2024 al 31/10/24

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: JAVIER RICARDO PEÑUELA PEREZ PERFIL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE GESTION

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-10-17, 04:54:55 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 73812505

Periodo Cotización: septiembre de 2024 **Periodo Servicio:** septiembre de 2024

PAGADO 16/10/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LINA PAOLA ORTIZ NEIRA		
Documento	CC1019094407	**Dirección**	CL 151C #104 - 50
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	8061994
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Tota
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1019094407	LINA PAOLA ORTIZ NEIRA	57	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.599.254	$ 255.900	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 1.599.254	$ 200.000	2,436	$ 1.599.254	$ 39.000	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 49

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.599.254	$ 1.599.254	$ 1.599.254	$ 0	$ 255.900	$ 200.000	$ 39.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 494.900	$ 5.100	$ 500.000

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Gmail

Lina Ortiz <linaortiz.n@gmail.com>

PSE Transacción Aprobada - CUS 985702306

2 mensajes

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>
Para: linaortiz.n@gmail.com

16 de octubre de 2024, 15:50



¡Hola, LINA PAOLA ORTIZ NEIRA!

Gracias por utilizar los servicios de SCOTIABANK COLPATRIA y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: **Aprobada**
CUS: 985702306
Empresa: ENLACE OPERATIVO S.A.
Descripción: Pago de Seguridad Social
Valor de la Transacción: $ 500.000
Fecha de Transacción: 16/10/2024

Ten en cuenta estos tips de seguridad

- Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.
- Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.
- Procura cambiar tus contraseñas bancarias frencuentemente.