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 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					
CAMILA ANDREA DELGADO SANCHEZ					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.018.496.899				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO NUTRICIONISTA 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 3855 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:	$ 80.423.156		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 1.999.068
N° DE INFORME:	13	**N° CRP:**	10907	**N° CDP:**	626
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	1 AÑO(S) 5 MESES 19 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:	18	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	18	**PRORROGAS**	15	
VALOR ADICIONADO	$ 4.803.009	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1161	**CRP DE LA ADICIÓN:**	18216	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.890.423	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1520	**CRP DE LA ADICIÓN:**	22209	**TIEMPO PRORROGADO:**	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.667	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1715	**CRP DE LA ADICIÓN:**	24717	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 8.387.394	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2106	**CRP DE LA ADICIÓN:**	30732	**TIEMPO PRORROGADO:**	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 6.496.971	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2800	**CRP DE LA ADICIÓN:**	37758	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 8.083.188	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3417	**CRP DE LA ADICIÓN:**	40805	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.061.834	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4129	**CRP DE LA ADICIÓN:**	50520	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4.618.969	**CDP DE LA ADICIÓN:**	211	**CRP DE LA ADICIÓN:**	10294	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 2.800.000	**CDP DE LA ADICIÓN:**	399	**CRP DE LA ADICIÓN:**	15054	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 3.998.136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	489	**CRP DE LA ADICIÓN:**	17803	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5.997.204	**CDP DE LA ADICIÓN:**	892	**CRP DE LA ADICIÓN:**	19766	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3.998.136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1322	**CRP DE LA ADICIÓN:**	26526	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 3.998.136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1712	**CRP DE LA ADICIÓN:**	30533	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3.998.136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**CRP DE LA ADICIÓN:**	34622	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 5.998.204	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38365	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5.906.456	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**CRP DE LA ADICIÓN:**	41713	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 977.805	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**CRP DE LA ADICIÓN:**	43968	**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

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: Desarrollar acciones en el entorno cuidador hogar de acuerdo a los lineamientos establecidos de la secretaria de salud y cumplir con los direccionamientos respectivos desde del supervisor del contrato 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Cronograma mensual de actividades, acta de reunión, apropiación de lineamientos y revisión del mes ejecutado
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Elaboración de cronograma mensual de actividades 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Cronograma del mes ejecutado
3	1. OBLIGACIÓN: . Apoyar la prestación deservicios 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: Se realiza ejecución a los seguimientos en el formato, con calidad del dato y correcto diligenciamiento en aplicativo 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Diligenciamiento en el aplicativo de seguimiento, APGAR familiar y plan familiar
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: Realizar apoyo a las actividades inherentes del contrato como lo son jornadas desarrolladas en las diferentes localidades de la Sub Red Centro Oriente
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: Se realizó acta de apropiación de lineamientos del entorno cuidador hogar desde el perfil de Nutrición 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta de apropiación
6	1. OBLIGACIÓN: Desarrollar procesos de asistencia técnica desde los diferentes procesos del Plan de Intervenciones Colectivas conforme a su saber disciplinar y profesional, en función de los requerimientos de los entornos y procesos transversales. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se participó en las asistencias tecnicas convocadas por la SDS y por el entorno cuidador hogar 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta y listado de asistencia
7	1. OBLIGACIÓN: Realizar revisión y responder por los formatos, documentos, bases o informes generados como resultado de las acciones o intervenciones realizadas en cumplimiento a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizo intervenciones integrales a los usuarios de las localidades asignadas desde el perfil de nutrición, por medio de visitas domiciliarias en la periodicidad que indican los lineamientos del entorno cuidador hogar para los diferentes eventos asignados 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Diligenciamiento de aplicativo y planes familiares
8	1. OBLIGACIÓN: Participar y gestionar los acercamientos comunitarios e institucionales que se requieran, para el desarrollo de las acciones de cada Espacio y/o Proceso Transversal del PSPIC. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizan articulaciones con diferentes entidades asi como la promoción a la comunidad de las diferentes ofertas institucionales que requiera la población de acuerdo a su necesidad 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Canalizaciones
9	1. OBLIGACIÓN: Activar y notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizan procesos de canalizción para activar rutas según las necesidades evidenciadas asi como formatos de notificación según el riesgo evidenciado 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato y base de canalización, fichas de notificación
10	1. OBLIGACIÓN: Participar en las asistencias técnicas convocadas por SDS de acuerdo a los procesos asignados y conforme a las actividades, metas y productos establecidos en los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar actividades referentes al perfil de nutrición, dando resupuesta a la población asignada según los lineamientos propuestos 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Diligenciamiento de aplicativo y planes familiares
11	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Organización de formatos y documentos generados en las activiades realizadas en los seguimientos familiares con calidad y oportunidad. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos de planes familiares
12	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 actividades propuestas por parte del entorno cuidador hogar asi como tambien apoyo de actividades inherentes del contrato 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Listado de asistencia. actas de reunión

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	1066447128	**OPERADOR:**	SIMPLE

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: 31/10/2024

NOMBRES Y APELLIDOS:	CAMILA ANDREA DELGADO SANCH	**CC:**	1.018.496.899
		RUT (NIT):	1018496899-9
CORREO ELECTRÓNICO:	cadssubredcentrooriente@gmail.com	**TELÉFONO:**	3125387076
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 7 42 109	**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:	BANCO CAJA SOCIAL				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**N° CUENTA:**	24076806674

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

N° DEL CONTRATO:	PS 3855 2023	**N° CDP:**	3525	**N°. RP:**	43968	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :1 AÑO(S) 5 MESES 19 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	27/03/2023	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		15/10/2024 ✓		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 80.423.156
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 ✓					

Camila Andrea Delgado S.

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CAMILA ANDREA DELGADO SANCHEZ

C.C: **1.018.496.899**
CEL: **3125387076**

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	ALIANSALUD	17/10/2024	$ 267.300
PENSIÓN:	PORVENIR	17/10/2024	$ 342.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	17/10/2024	$ 52.100
OTRO			$ -
TOTAL PAGADO			$ 661.600

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 período correspondiente

Camila Andrea Delgado S.

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CAMILA ANDREA DELGADO SANCHEZ
CC: 1.018.496.899
CEL 3125387076

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	CAMILA ANDREA DELGADO SANCHEZ
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.018.496.899

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO NUTRICIONISTA 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 3855 2023			**FECHA INICIO CONTRATO**	27/03/2023
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.736.488				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 80.423.156			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.999.068
N° PAGO / N° DE INFORME:	13	**N° CRP INICIAL:**	10907	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	626
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	1 AÑO(S) 5 MESES 19 DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1066447128		**OPERADOR:**	SIMPLE	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GSP PSPIC - HOGAR				
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:	18	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				18	15
VALOR ADICIONADO	$ 4.803.009	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1161	**RP DE LA ADICIÓN:**	18216	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.890.423	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1520	**RP DE LA ADICIÓN:**	22209	**TIEMPO PRORROGADO:**	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.667	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1715	**RP DE LA ADICIÓN:**	24717	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 8.387.394	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2106	**RP DE LA ADICIÓN:**	30732	**TIEMPO PRORROGADO:**	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 6.496.971	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2800	**RP DE LA ADICIÓN:**	37758	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 8.083.188	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3417	**RP DE LA ADICIÓN:**	40805	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.061.834	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4129	**RP DE LA ADICIÓN:**	50520	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4.618.969	**CDP DE LA ADICIÓN:**	211	**RP DE LA ADICIÓN:**	10294	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 2.800.000	**CDP DE LA ADICIÓN:**	399	**RP DE LA ADICIÓN:**	15054	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 3.998.136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	489	**RP DE LA ADICIÓN:**	17803	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5.997.204	**CDP DE LA ADICIÓN:**	892	**RP DE LA ADICIÓN:**	19766	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3.998.136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1322	**RP DE LA ADICIÓN:**	26526	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 3.998.136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1712	**RP DE LA ADICIÓN:**	30533	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3.998.136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**RP DE LA ADICIÓN:**	34622	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 5.998.204	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**RP DE LA ADICIÓN:**	38365	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5.906.456	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**RP DE LA ADICIÓN:**	41713	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES

VALOR ADICIONADO	$ 977.805	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**RP DE LA ADICIÓN:**	43968	**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)

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 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: SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA PERFIL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE GESTION

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-10-18, 08:13:35 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1066447128

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

PAGADO 17/10/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CAMILA ANDREA DELGADO SANCHEZ		
Documento	CC1018496899	**Dirección**	CR 7 #42 - 109
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	7809393
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				Total
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 APP	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 1018496899	CAMILA ANDREA DELGADO SANCHEZ	59	00																		0	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 2.138.134	$ 342.200	(EPS001) ALIANSALUD	$ 2.138.134	$ 267.300	2.436	$ 2.138.134	$ 52.100	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 661.600

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
$ 2.138.134	$ 2.138.134	$ 2.138.134	$ 0	$ 342.200	$ 267.300	$ 52.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 661.600	$ 0	$ 661.600

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

Banco Caja Social

Pago de servicios electrónicos

% Resultado de la transacción

Transacción exitosa.

Apreciado cliente. Pago sujeto a aprobación. Para concluir, por favor seleccione la opción "Regresar al comercio" y verifique el estado final de la transacción. Si tiene algún inconveniente, comuníquese con la entidad con la que liquidó su planilla o con el comercio desde el cual está realizando la compra o pago.

FECHA Y HORA
17 octubre 2024 9:47 pm

DIRECCIÓN IP. 181.59.3.102

NÚMERO DE TRANSACCIÓN
APII4291325916376133

NÚMERO DE CONFIRMACIÓN
61331V1O

NOMBRE DEL COMERCIO	SIMPLE OI
NIT DEL COMERCIO	9999000973339
CÓDIGO DEL SERVICIO	99000
VALOR DE LA TRANSACCIÓN	$661.600,00
VALOR DEL IMPUESTO	$0,00
REFERENCIA DE PAGO	1066447128
FECHA DE LA SOLICITUD	17 octubre 2024
REFERENCIA 1	10.0.19.58
REFERENCIA 2	CC
REFERENCIA 3	1018496899
CÓDIGO DE LA TRANSACCIÓN (CUS)	989112480
CICLO DE LA TRANSACCIÓN	1
DESCRIPCIÓN DEL PAGO	Pago de Seguridad Social
CUENTA ORIGEN	Cuentamiga *******6674