	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	
	SANDRA VIVIANA SANTISTEBAN GALINDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1,020,740,067
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN PSICOLOGIA ESPECIALISTA 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 4437 2023		**FECHA INICIO CONTRATO**		27/03/2023
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4,886,120	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	UN (1) MES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 106,621,914		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 2,614,088
N° DE INFORME:	12	**N° CRP:**	11446	**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:	17	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	17	**PRORROGAS**	15	
VALOR ADICIONADO	$ 5,938,526	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1161	**CRP DE LA ADICIÓN:**	18757	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,472,018	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1520	**CRP DE LA ADICIÓN:**	22742	**TIEMPO PRORROGADO:**	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5,881,698	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1715	**CRP DE LA ADICIÓN:**	25244	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 12,644,230	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2106	**CRP DE LA ADICIÓN:**	31260	**TIEMPO PRORROGADO:**	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 6,394,238	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2800	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38267	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 7,614,952	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3417	**CRP DE LA ADICIÓN:**	41301	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4,490,998	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3850	**CRP DE LA ADICIÓN:**	45367	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,146,906	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4129	**CRP DE LA ADICIÓN:**	50989	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5,586,192	**CDP DE LA ADICIÓN:**	211	**CRP DE LA ADICIÓN:**	10761	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 5,682,800	**CDP DE LA ADICIÓN:**	399	**CRP DE LA ADICIÓN:**	15520	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 6,535,220	**CDP DE LA ADICIÓN:**	489	**CRP DE LA ADICIÓN:**	18258	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 6,592,048	**CDP DE LA ADICIÓN:**	892	**CRP DE LA ADICIÓN:**	20218	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5,228,176	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1322	**CRP DE LA ADICIÓN:**	26967	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 5,228,176	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1712	**CRP DE LA ADICIÓN:**	30922	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5,228,176	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**CRP DE LA ADICIÓN:**	35001	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 7,843,264	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38737	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5,228,176	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**CRP DE LA ADICIÓN:**	42074	**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:**	

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: Realización de visitas para el desarrollo de las caracterizaciones y seguimientos presenciales, m Desarrollar cumplir con las unidades establecidas. las actividades de acuerdo con la programación de actividades. Se cumple con las acividades establecidad de acuerdo al cronograma para dar cumplimiento a los eventos de acompañamiento en duelo, bconducta siucida, Ideacion suicida y violencia . 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos de plan familiar, formato de caracterizaciones, formatos de , plan familiar, canalizaciones,fichas de notificacion
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Elaboración cronograma de actividades 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Cronograma virtual
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: Intervenir por medio de sesiones en promocion de la salud a las familias notificadas de la SubRed Centro Oriente 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Cronograma virtual
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: Hacer uso de la dotacion para la identificacion, Realizar actualizaciones, seguimiento y cierres al plan de cuidado familiar. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Gestionar y hacer seguimiento a las canalizaciones del proceso a cargo. Diligenciar aplicativo
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: Lectura y apropiacion de lineamientos vigentes. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Diligenciar acta de apropiacion.
6	1. OBLIGACIÓN: Gestionar y hacer seguimiento a las canalizaciones del proceso a cargo. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Canalizaciones, notificaciones SIVIM Y SISVECOS 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Diligenciar formatos de canalizaciones y notificaciones.
7	1. OBLIGACIÓN: Realizar el seguimiento en campo de los productos, metas o actividades al talento humano con los respectivos soportes y Generar los espacios que faciliten el direccionamiento técnico y acompañamiento con los equipos operativos asignados. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza seguimiento en campo del Plan de Cuidado Familiar 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Desarrollar aplicativo en linea
8	1. OBLIGACIÓN: Diligenciar el 100% de la información en los tableros de control, indicadores y matrices que se generen y soliciten en el proceso asignado. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se diligencia actas, fichas y seguimientos 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos de plan familiar, formato de caracterizaciones, formatos de , plan familiar, canalizaciones,fichas de notificacion
9	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: Asistencia tecnicas de Sedretaria de Salud 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Listados de asistencia.
10	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza gestion documental de archivo. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Archivo
11	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: Asistencia reunion de campo, preauditorias y asistencia tecnicas 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Listado de aplicativo

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	1067379367	**OPERADOR:**	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	18/10/2024	$ 261,500
PENSIÓN:	PROTECCION	18/10/2024	$ 334,700
RIESGOS LABORALES:	SURA	18/10/2024	$ 51,000
OTRO			$ -
	TOTAL PAGADO		**$ 647,200**

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

Sandra Viviana Santisteban Galindo

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: SANDRA VIVIANA SANTISTEBAN GALINDO
CC: 1.020.740.067
CEL 3213284972

	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 GESTION	CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/10/2024

NOMBRES Y APELLIDOS:	SANDRA VIVIANA SANTISTEBAN GA	**CC:**	1,020,740,067
		RUT (NIT):	1020740067-1
CORREO ELECTRÓNICO:	psi.santisteban@gmail.com	**TELÉFONO:**	3213284972
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 5 A 155 16	**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:	BANCOLOMBIA	**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**N° CUENTA:**	91209952039
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 4437 2023	**N° CDP:**	3170	**N°. RP:**	42074	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: $ 106,621,914
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 1/10/2024 AL 15/10/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 2,614,088					
	DOS MILLONES SEISCIENTOS CATORCE MIL OCHENTA Y OCHO PESOS					

Sandra Viviana Santisteban Galindo

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: SANDRA VIVIANA SANTISTEBAN GALINDO

C.C: **1,020,740,067**

CEL: **3213284972**

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	SANDRA VIVIANA SANTISTEBAN GALINDO
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1,020,740,067

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN PSICOLOGIA ESPECIALISTA 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 4437 2023			**FECHA INICIO CONTRATO**	27/03/2023
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4,886,120				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 106,621,914			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2,614,088
N° PAGO / N° DE INFORME:	12	**N° CRP INICIAL:**	11446	**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:	1067379367		**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:	17	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				17	15
VALOR ADICIONADO	$ 5,938,526	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1161	**RP DE LA ADICIÓN:**	18757	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,472,018	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1520	**RP DE LA ADICIÓN:**	22742	**TIEMPO PRORROGADO:**	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5,881,698	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1715	**RP DE LA ADICIÓN:**	25244	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 12,644,230	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2106	**RP DE LA ADICIÓN:**	31260	**TIEMPO PRORROGADO:**	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 6,394,238	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2800	**RP DE LA ADICIÓN:**	38267	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 7,614,952	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3417	**RP DE LA ADICIÓN:**	41301	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4,490,998	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3850	**RP DE LA ADICIÓN:**	45367	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,146,906	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4129	**RP DE LA ADICIÓN:**	50989	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5,586,192	**CDP DE LA ADICIÓN:**	211	**RP DE LA ADICIÓN:**	10761	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 5,682,800	**CDP DE LA ADICIÓN:**	399	**RP DE LA ADICIÓN:**	15520	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 6,535,220	**CDP DE LA ADICIÓN:**	489	**RP DE LA ADICIÓN:**	18258	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 6,592,048	**CDP DE LA ADICIÓN:**	892	**RP DE LA ADICIÓN:**	20218	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5,228,176	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1322	**RP DE LA ADICIÓN:**	26967	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 5,228,176	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1712	**RP DE LA ADICIÓN:**	30922	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5,228,176	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**RP DE LA ADICIÓN:**	35001	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 7,843,264	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**RP DE LA ADICIÓN:**	38737	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5,228,176	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**RP DE LA ADICIÓN:**	42074	**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)

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

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-10-18, 12:46:10 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1067379367

Periodo Cotización: septiembre de 2024 **Periodo Servicio:** septiembre de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8824110083

PAGADO 18/10/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	SANDRA VIVIANA SANTIESTEBAN GALINDO		
Documento	CC1020740067	**Dirección**	CR 5 A N 155 16
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3213284972
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 1020740067	SANDRA VIVIANA SANTIESTEBAN GALINDO	57	00																	0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION	$ 2.091.270	$ 334.700	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 2.091.270	$ 261.500	2,436	$ 2.091.270	$ 51.000	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 647.200

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
$ 2.091.270	$ 2.091.270	$ 2.091.270	$ 0	$ 334.700	$ 261.500	$ 51.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 647.200	$ 1.000	$ 648.200

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618650 - 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.

ATENDIDO POR AIDE HERRERA

D O C U M E N T O S O P O R T E

NOMBRE	PLANILLA SIMPLE RECAUDO
NIT	860050274-8
CODIGO	8824110083
PLANILLA	10673?9367
PERIODO	202409
REFERENCIA 2	8824110083

CODIGO	DESCRIPCION	VALOR
693927	RECAUDO PLANILLA SIM	648,200 D

SUBTOTAL:	648,200
TOTAL:	648,200
EFECTIVO	700,000
CAMBIO	51,800

ATENDIDO POR AIDE HERRERA

18/10/24 09:09 1286 003 3303 380847