Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios S.E.E. 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					
RUBEN ARTURO GALVIS MORA					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	79.456.405				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA RESPIRATORIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1676 2024		FECHA INICIO CONTRATO	21/01/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 8.243.840	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	DOS (02) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 47.064.832		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 5.058.720	
N° DE INFORME:	10	N° CRP:	13783	N° CDP:	143
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	(9 MESES 10 DIAS)				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANGELA MARIA MENDOZA MESA		PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA SALUD CÓDIGO 237 GRADO 16		

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	N/A	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	(NUMERO)	PRORROGAS	(NUMERO)	
VALOR ADICIONADO	$ 5.677.008	CDP DE LA ADICIÓN:	936	CRP DE LA ADICIÓN:	21409	TIEMPO PRORROGADO:	(1 MES)
VALOR ADICIONADO	$ 5.058.720	CDP DE LA ADICIÓN:	1259	CRP DE LA ADICIÓN:	25003	TIEMPO PRORROGADO:	(1 MES)
VALOR ADICIONADO	$ 7.588.080	CDP DE LA ADICIÓN:	1617	CRP DE LA ADICIÓN:	28566	TIEMPO PRORROGADO:	(1 MES 10 DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ 5.058.720	CDP DE LA ADICIÓN:	2191	CRP DE LA ADICIÓN:	32729	TIEMPO PRORROGADO:	(1 MES)
VALOR ADICIONADO	$ 15.438.464	CDP DE LA ADICIÓN:	2610	CRP DE LA ADICIÓN:	36954	TIEMPO PRORROGADO:	(3 MESES)
VALOR ADICIONADO	#¡REF!	CDP DE LA ADICIÓN:	#¡REF!	CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	#¡REF!	CDP DE LA ADICIÓN:	#¡REF!	CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	#¡REF!	CDP DE LA ADICIÓN:	#¡REF!	CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	#¡REF!	CDP DE LA ADICIÓN:	#¡REF!	CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	#¡REF!	CDP DE LA ADICIÓN:	#¡REF!	CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	#¡REF!	CDP DE LA ADICIÓN:	#¡REF!	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:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			
FECHA DE LA PÓLIZA		FECHA DE APROBACIÓN:			

ITEM	IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones especificas del contrato realizadas durante el mes)
1	REALIZAR LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS DETERMINADOS DENTRO DEL PLAN DE MANEJO, CON UN ALTO NIVEL CIENTÍFICO, ÉTICO Y HUMANO, DE UNA MANERA OPORTUNA Y PERTINENTE, EN CORRESPONDENCIA CON LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES, Y TENIENDO EN CUENTA QUE TODAS LAS DECISIONES CLÍNICAS GENERADAS EN LA ATENCIÓN MÉDICA, PROCURARÁN EL MEJORAMIENTO DE LA SALUD DEL PACIENTE, EL USO RACIONAL DEL CONOCIMIENTO MÉDICO Y DE LOS RECURSOS DISPONIBLES
2	BRINDAR UNA ATENCIÓN EN SALUD BUSCANDO LOS MEJORES ESTÁNDARES DE OPORTUNIDAD, INTEGRIDAD, SUFICIENCIA, CONTINUIDAD Y PERTINENCIA, EN UN AMBIENTE DE ATENCIÓN PERSONALIZADA Y HUMANIZADA, CUMPLIENDO EL PRINCIPIO DE EQUIDAD Y CON ÉNFASIS EN ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS, PROTOCOLOS, INTERVENCIONES Y GUÍAS DE ATENCIÓN, DE ACUERDO A LOS ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN
3	PRESTAR SUS SERVICIOS ASISTENCIALES RESPETANDO AUTONOMÍA INSTITUCIONAL DE LA SUBRED, SU VISIÓN, MISIÓN, ESTRUCTURA ORGÁNICA REGLAMENTOS ADMINISTRATIVOS, TÉCNICOS, CIENTÍFICOS Y DISCIPLINARIOS, ACOGIENDO LAS DIRECTRICES INSTITUCIONALES
4	REALIZAR LAS ACTIVIDADES SEGÚN LAS NECESIDADES DE LA SUBRED DANDO CUBERTURA EN TODAS LAS UNIDADES EN DONDE SE OFERTA EL SERVICIO Y SEA REQUERIDO
5	INFORMAR AL PACIENTE Y SU FAMILIA SOBRE LA CONDICION CLÍNICA, PLAN DE MANEJO, ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES DE EGRESO, CONOCER EL GRADO DE SATISFACCIÓN SOBRE LOS SERVICIOS PRESTADOS Y RESOLVER INQUIETUDES RELACIONADAS CON EL PROCESO DE ATENCIÓN
6	LLEVAR REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES, ASÍ COMO MANTENER ACTUALIZADOS LOS INFORMES ESTADÍSTICOS DEFINIDOS POR LA INSTITUCIÓN Y TODOS AQUELLOS REGISTROS NECESARIOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROCESOS DE COSTOS Y FACTURACIÓN
7	RESPETAR LOS DERECHOS DEL PACIENTE, CUMPLIR EL CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA Y LAS DISPOSICIONES LEGALES PERTINENTES PROPIAS DE LOS SERVICIOS EN DONDE SE PRESTE LA ATENCIÓN

8	REALIZAR EL SEGUIMIENTO Y CONTROL A PACIENTES EN LOS QUE SE REQUIERA SU PARTICIPACIÓN E IMPARTIR INSTRUCCIONES AL EQUIPO DE SALUD SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS ORDENADOS
9	EMITIR CONCEPTOS MÉDICOS QUE SE LE REQUIERAN, REALIZAR RESÚMENES DE HISTORIA CLÍNICA, EPICRISIS U OTROS DOCUMENTOS ASISTENCIALES O ADMINISTRATIVOS QUE SEAN SOLICITADOS
10	DILIGENCIAR EN FORMA COMPLETA, OPORTUNA, SISTEMATIZADA Y LEGIBLE (EN LOS CASOS EN QUE SE PRESENTEN FALLAS DEL SISTEMA), LOS FORMATOS, LA HISTORIAS CLÍNICAS, CONSENTIMIENTO INFORMADO, REPORTES DE ESTUDIOS Y DEMÁS REGISTROS PROPIOS DE SU ACTUAR, DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LOS PROCEDIMIENTOS DE AUDITORIA Y DEMÁS DIRECTRICES RELACIONADAS CON EL MANEJO DE HISTORIAS CLÍNICAS Y RESPALDANDO TODAS LAS ACTUACIONES REALIZADAS AL PACIENTE CON LA FIRMA
11	GARANTIZAR LA DEBIDA RESERVA DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y DE LOS REGISTROS CLÍNICOS
12	GARANTIZAR LA INTEGRIDAD Y ADECUADO FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS, ELEMENTOS E INSTALACIONES, ASÍ COMO LA UTILIZACIÓN RACIONAL DE LOS RECURSOS QUE LA SUBRED APORTE AL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES CONTRATADAS Y RESPONDER POR SU REPOSICIÓN O REPARACIÓN CUANDO LOS DAÑOS SE OCASIONEN POR NEGLIGENCIA O INADECUADA MANIPULACIÓN DE LOS MISMOS
13	REPORTAR AL ÁREA DE RECURSOS FÍSICOS - ACTIVOS FIJOS DE LA SUBRED, LOS EQUIPOS DE PROPIEDAD DEL CONTRATISTA, QUE SE DESTINE A LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES
14	PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN EL DESARROLLO, IMPLEMENTACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES, SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN, ACREDITACIÓN, SEGURIDAD DEL PACIENTE Y DEMÁS ACTIVIDADES ENMARCADAS DENTRO DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD
15	PARTICIPAR EN LA PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL SERVICIO
16	PARTICIPAR EN LA ELABORACIÓN, ACTUALIZACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y ADHERENCIA DE GUIAS, MANUALES, PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS QUE APLIQUEN AL SERVICIO
17	APOYAR A LA ENTIDAD EN LAS ACTIVIDADES QUE SE DEMANDE SEGÚN REQUERIMIENTOS INTERINSTITUCIONALES Y EXTRA INSTITUCIONALES
18	PARTICIPAR EN LA ELABORACIÓN DE RESPUESTAS A RECLAMACIONES Y REQUERIMIENTOS QUE SE PRESENTEN EN DESARROLLO DE LA ATENCIÓN QUE SE OBLIGA A PRESTAR A LOS USUARIOS O PACIENTES QUE DEMANDEN EL SERVICIO
19	PRESTAR EL APOYO NECESARIO PARA DAR RESPUESTA A OBJECIONES INICIALES EVITANDO ASÍ QUE SE GENERE GLOSA DEFINITIVA O PROCESOS DE CONCILIACIÓN POR PARTE DE EPS-S-EAPB
20	NOTIFICAR LOS SUCESOS DE SEGURIDAD QUE SE PRESENTEN DURANTE EL PROCESO DE ATENCIÓN, PARTICIPAR EN LOS ANÁLISIS A LOS QUE SEA CONVOCADO E IMPLEMENTAR LAS ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS PARA EL SERVICIO
21	REPORTAR LOS EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE
22	APOYAR LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA DE SERVICIO EN LA REVISTA MÉDICA U OTRO ESPACIO DIRIGIDAS A LOS ESTUDIANTES Y/O PERSONAL DEL SERVICIO, PARA EL DESARROLLO Y FORMACIÓN DEL RECURSO HUMANO EN SALUD, SI APLICA
23	INSTRUIR A LA COMUNIDAD SOBRE LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES PROPIAS DE SU ESPECIALIDAD
24	ASISTIR A LAS JORNADAS DE CAPACITACIÓN, INDUCCIÓN, REUNIONES, COMITÉS Y EVENTOS A LOS CUALES SEA CONVOCADO
25	INFORMAR AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER NOVEDAD QUE AFECTE EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES
26	FACILITAR LAS LABORES DE SUPERVISIÓN, EVALUACIÓN Y CONTROL QUE LA SUBRED, REALICE EN FORMA DIRECTA POR LA SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, LA OFICINA DE CALIDAD Y/O A TRAVÉS DE TERCEROS
27	CUMPLIR OPORTUNAMENTE LAS RECOMENDACIONES, OPORTUNIDADES DE MEJORA. ACTAS DE COMPROMISO Y DEMÁS SOLICITUDES DE LA SUPERVISIÓN Y DE LA OFICINA DE CALIDAD
28	ACREDITAR INSCRIPCIÓN EN EL RETHUS, MIPRES Y RUAF CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO. CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO
29	SE DESARROLLARÁN LAS ACTIVIDADES EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES CORRESPONDIENTES A LA SUBRED CENTRO ORIENTE DE ACUERDO A LA ASIGNACIÓN REALIZADA POR EL SUPERVISOR

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	4568634059	**OPERADOR:**	SOI

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	9/10/2024	$ 255.100
PENSIÓN:	COLFONDOS	9/10/2024	$ 326.500
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS	9/10/2024	$ 49.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 631.400

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

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: RUBEN ARTURO GALVIS ZAMORA
CC:79.456-405
CEL:3125271947

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

RUBEN ARTURO GALVIS ZAMORA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/10/2024)

NOMBRES Y APELLIDOS:	RUBEN ARTURO GALVIS ZAMORA	**CC:**	79456405
		RUT (NIT):	79456405-4
CORREO ELECTRÓNICO:	RUBEN2012GALVIS@HOTMAIL.COM	**TELÉFONO:**	3125271947
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 72A BIS 42F 12 SUR	**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

Regimen 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 (X)	NO ( )

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**DAVIVIENDA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	4970202687

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

N° DEL CONTRATO:	PS 1676 2024	**N° CDP:**	2610	**N°. RP:**	36954	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :** 9 MESES 10 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	21/01/2024	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		31/10/2024		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** $ 47.064.832
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/10/2024 AL 31/10/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	$ 5.058.720					
	CINCO MILLONES CINCUENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS VEINTE PESOS M/CTE					

RUBEN ARTURO GALVIS ZAMORA
C.C 79.456.405
cel: 3125271947

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

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	RUBEN ARTURO GALVIS MORA
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	79.456.405

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA RESPIRATORIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1676 2024		FECHA INICIO CONTRATO		21/01/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$				8.243.840,00
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$	47.064.832,00	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 5.058.720,00
N° PAGO / N° DE INFORME:	(10)	N° CRP INICIAL:	13783	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	143
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	9 MESES 10 DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	(N°4568634059)		OPERADOR:	SOI	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	APOYO TERAPEUTICO Y REHBILITACIÓN				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANGELA MARIA MENDOZA MESA		PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA SALUD CÓDIGO 237 GRADO 16		

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N° (5)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICION (5)	PRORROGA (5)
VALOR ADICIONADO	$ 5.677.008	CDP DE LA ADICIÓN:	936	RP DE LA ADICIÓN:	21409	TIEMPO PRORROGADO:	(1 MES)
VALOR ADICIONADO	$ 5.058.720	CDP DE LA ADICIÓN:	1259	RP DE LA ADICIÓN:	25003	TIEMPO PRORROGADO:	(1 MES)
VALOR ADICIONADO	$ 7.588.080	CDP DE LA ADICIÓN:	1617	RP DE LA ADICIÓN:	28566	TIEMPO PRORROGADO:	(1 MES 10 DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ 5.058.720	CDP DE LA ADICIÓN:	2191	RP DE LA ADICIÓN:	32729	TIEMPO PRORROGADO:	(1 MES)
VALOR ADICIONADO	$ 15.438.464	CDP DE LA ADICIÓN:	2610	RP DE LA ADICIÓN:	36954	TIEMPO PRORROGADO:	(3 MESES)
VALOR ADICIONADO	#¡REF!	CDP DE LA ADICIÓN:	#¡REF!	RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	#¡REF!	CDP DE LA ADICIÓN:	#¡REF!	RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	#¡REF!	CDP DE LA ADICIÓN:	#¡REF!	RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	#¡REF!	CDP DE LA ADICIÓN:	#¡REF!	RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	#¡REF!	CDP DE LA ADICIÓN:	#¡REF!	RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	#¡REF!	CDP DE LA ADICIÓN:	#¡REF!	RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	(MESES O DIAS)

III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X	
N° DE PÓLIZA:	XX		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	XX	
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA		ACTO ADMINISTRATIVO DE	XX	

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE 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 (01/10/2024) AL (31/10/2024)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:
ANGELA MARIA MENDOZA MESA
CARGO:
LIDER APOYO TERAPEUTICO Y REHABILITACION

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
LUISA FERNANDA FUENTES GARZON
PERFIL:
ENLACE OPERATIVO

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	79456405
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			RUBEN ARTURO GALVIS ZAMORA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 72H BIS N 42F 12 SUR	TELÉFONO:	8078094
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		4568634059	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	septiembre AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	septiembre AÑO 2024
DÍAS DE MORA:		7			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/10/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9990298433

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
23100	23100-COLFONDOS	1	$ 324,600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1,700	$ 0	$ 324,600	$ 1,700	$ 326,500
SUBTOTALES:										$ 324,600	$ 1,700	$ 326,500

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	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	TOTALES VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 253,800	$ 0	$ 1,300	$ 0	$ 253,800	$ 1,300	$ 0	$ 255,100
SUBTOTALES:													$ 253,800	$ 1,300	$ 0	$ 255,100

Planilla Pagada

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	INCAPACIDAD IRP PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 49,500	$ 49,500	$ 300	$ 0	$ 49,800
SUBTOTALES:									$ 49,500	$ 300	$ 0	$ 49,800

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

N°	DATOS DEL COTIZANTE: IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	NOVEDADES: ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 79456405	GALVIS ZAMORA RUBEN ARTURO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2,030,000				NO																	

N°	SEGURIDAD SOCIAL: PENSIÓN ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	PARAFISCALES DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINECU TOTAL APORTE
1	23100-COLFONDOS	30	$ 2,030,000	$ 324,600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 324,600	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 2,030,000	$ 253,800	$ 0	$ 253,800	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2,030,000	$ 79456405	$ 49,500	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 631.400

Planilla Pagada