		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 ANGELA GISELLA FONTECHA BARRAGAN							
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				1.031.157.694			
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TRABAJADOR SOCIAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.			PS 1031 2024		FECHA INICIO CONTRATO		21/1/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 7.419.456		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO		21/01/2024 Dos (2) meses	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 42.380.832		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 3.822.144	
Nº DE INFORME:		11		Nº CRP:		13308	Nº CDP: 284
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		Once meses y diez días					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:				SCH CENTRO DE SALUD CHIRCALES			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:				SHIRLEY JANNETH TORRES RODRIGUEZ - JEFE DE OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	6	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	6	PRORROGAS	6	
VALOR ADICIONADO	\$ 3.709.728	CDP DE LA ADICIÓN:	939	CRP DE LA ADICIÓN:	21583	TIEMPO PRORROG ADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 3.822.144	CDP DE LA ADICIÓN:	1256	CRP DE LA ADICIÓN:	24251	TIEMPO PRORROG ADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 4.946.304	CDP DE LA ADICIÓN:	1616	CRP DE LA ADICIÓN:	29323	TIEMPO PRORROG ADO:	1 MES Y 10 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 3.709.728	CDP DE LA ADICIÓN:	2203	CRP DE LA ADICIÓN:	33606	TIEMPO PRORROG ADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 11.129.184	CDP DE LA ADICIÓN:	2600	CRP DE LA ADICIÓN:	36741	TIEMPO PRORROG ADO:	3 MESES
VALOR ADICIONADO	\$ 7.644.288	CDP DE LA ADICIÓN:	3750	CRP DE LA ADICIÓN:	46768	TIEMPO PRORROG ADO:	2 MESES
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROG ADO:	
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROG ADO:	
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROG ADO:	
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROG ADO:	
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROG ADO:	
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROG ADO:	
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROG ADO:	
III. POLIZAS							
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO		X	
Nº DE PÓLIZA:		N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		N/A	
FECHA DE LA PÓLIZA		N/A		FECHA DE APROBACIÓN:		N/A	
ITE	IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)						
1	Realizar la Orientación, Direccionamiento y/o aclaraciones acerca de trámites administrativos necesarios para recibir atención en Salud: Atención presencial a los usuarios y familiares en la oficina de participación comunitaria y servicio al ciudadano en consulta externa y urgencias.						
2	Realizar el ingreso y actualización permanente en base de datos interna de pacientes en abandono social, población extranjera, habitante de calle, pacientes programados madre canguro y estudios de caso que se lleven a cabo, mediante la gestión realizada desde el área de Trabajo Social: Bases de datos actualizadas en el drive de población especial atendida por el servicio de consulta externa y hospitalización.						
3	Realizar censo diario en los servicios asignados e Identificar pacientes en condición de vulnerabilidad y/o con riesgo social y en condición de abandono social para realizar entrevista social verificando redes de apoyo familiar, institucional y/o sociales datos de contacto (telefónicos y de domicilio), aseguramiento, describiendo la situación encontrada durante la intervención, con notificación a entes competentes. Realizar seguimiento, evolución y ubicación de pacientes identificados en condición de abandono social en las USS de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E realizando contacto con Secretaría Distrital de Integración Social y/o entidades que reciban esta población. Realizar registro de la gestión en la historia clínica con los debidos soportes: Gestion realizada por trabajo social donde se describe redes de apoyo sociales y familiares donde se evidencia situaciones de vulnerabilidad.						

4	Realizar la coordinación inter-institucional, solicitud y traslado en vehículo institucional de niños, niñas y adolescentes para restablecimiento de derechos requerida articulando acciones con los entes competentes tales como: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), Comisarías, Registradoras, Policía Nacional y/o de Infancia y Adolescencia: Se coordina traslado de pacientes, la cual se solicita a través del aplicativo para traslado de pacientes.
5	Realizar la solicitud de oxígeno domiciliario para usuarios y pacientes que así lo requieran mediante diagnóstico y autorización médica: En articulación con la oficina de autorizaciones se realiza trámite de oxígeno con registro de gestión en Dinámica Gerencial se proyecta a demanda de especialista.
6	Realizar los trámites respectivos para habitante de calle sin certificar, pacientes indocumentados, pacientes extranjeros según cada caso, diligenciamiento de ficha SIMVIM, de igual modo la gestión de identificación de los pacientes fallecidos en las diferentes USS de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E: Soporte correo electrónico en las diferentes unidades, donde se envían las solicitudes para la respectiva caracterización certificado como habitante de calle y pacientes indocumentados se proyectado según demanda de usuarios.
7	Realizar el ingreso en el aplicativo Cuéntanos Bogotá de orientaciones grupales y de barreras de acceso Y estudios sociales de caso, identificadas durante la gestión diaria, con el fin de evaluar las dificultades de accesibilidad que pueden presentar los usuarios en los servicios de salud: Soporte aplicativo cuentananos Bogotá.
8	Hacer seguimiento a Gestantes con dificultades administrativas por afiliación en otros municipios, realizando la orientación respectiva: Evidencia en notas de historia clínica en dinámica gerencial, correo electrónico y grupo WhatsApp de trabajo social, autorizaciones y facturación.
9	Realizar la Consulta social de los pacientes remitidos por el área médica de la Subred: Se realiza atención de lunes a viernes de pacientes remitidos por las diferentes especialidades a trabajo social, para ubicación de redes de apoyo, identificar factores de riesgo y condiciones de vulnerabilidad.
10	Participar en los procesos de fortalecimiento de competencias a través de los cursos y capacitaciones virtuales y presenciales establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E: Según requerimiento se realiza la participación de los cursos y capacitaciones solicitados mensualmente.
11	Realizar búsqueda de datos de contacto y ubicación en la historia clínica en las diferentes notas que intervienen al paciente: Se indaga en historia clínica datos de contacto para ubicación de redes de apoyo del paciente.
12	Participar en los procesos de fortalecimiento de competencias a través de los cursos y capacitaciones virtuales y presenciales establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E: Se participa en los espacios de fortalecimiento.
13	Asistir a los espacios de fortalecimiento convocados por la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano y la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E: Se participa en los espacios de fortalecimiento.
14	Apoyar los subprocesos teniendo en cuenta las necesidades propias de la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al ciudadano: Se apoya los subprocesos cuando sea requerido por la oficina.
15	Garantizar la reserva y confidencialidad de datos e información de los diferentes aplicativos institucionales: Se utilizan los diferentes aplicativos para consulta de formatos e información según se requieran.
16	Cumplir con las obligaciones de acuerdo con la demanda y tiempos requeridos según las necesidades del servicio en los Centros de Salud y Hospitales que conforman la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E: Se atiende el llamado de los diferentes servicios de los hospitales y Caps para cumplir con las obligaciones y necesidades requeridas por los mismos.
17	Portar visiblemente los elementos institucionales y mantener una adecuada presentación personal dando cumplimiento a los Manuales y procedimientos de la Oficina y de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E: Se porta carnet visible y se mantiene buena presentación personal.
18	Las demás obligaciones que sean asignadas en la realización del objeto contractual e indicadas por el supervisor de acuerdo a las necesidades de los servicios en las diferentes unidades de la Subred. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato: Actas de reunión.

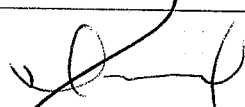
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	81721110	OPERADOR:	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	SALUD TOTAL	13/11/2024	\$	185.500
PENSIÓN:	COLFONDOS	13/11/2024	\$	237.500
RIESGOS LABORALES:	ARL SURA	13/11/2024	\$	36.200
OTRO				
TOTAL PAGADO			\$ 459.200	

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 calculó sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMM.LV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a cps, arl, pensión, ru) 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)	
Turno de fin de semana realizado los días 10 y 11 de noviembre, se envían los respectivos soportes al correo apoyotecnico@subredcentrooriente.gov.co	



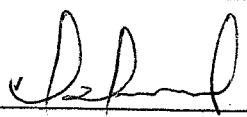
ANGELA GISELLA FONTECHA BARRAGAN
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CC:1031157694
CEL:3118565847

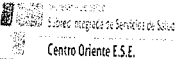
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			ANGELA GISELLA FONTECHA BARRAGAN		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.031.157.694		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TRABAJADOR SOCIAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 1031 2024	FECHA INICIO CONTRATO		21/1/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 7.419.456,00			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 42.380.832,00	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 3.822.144,00	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	11	Nº CRP INICIAL:	13308	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	284
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	Once meses y diez dias				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		81721110	OPERADOR:	MI PLANILLA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		SCH CENTRO DE SALUD CHIRCALES			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		SHIRLEY JANNETH TORRES RODRIGUEZ - JEFE DE OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº 6	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):		ADICIÓN Nº 6	PRORROGA Nº 6
VALOR ADICIONADO	\$ 3.709.728	CDP DE LA ADICIÓN:	939	RP DE LA ADICIÓN:	21583
				TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 3.822.144	CDP DE LA ADICIÓN:	1256	RP DE LA ADICIÓN:	24251
				TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 4.946.304	CDP DE LA ADICIÓN:	1616	RP DE LA ADICIÓN:	29323
				TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 10 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 3.709.728	CDP DE LA ADICIÓN:	2203	RP DE LA ADICIÓN:	33606
				TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 11.129.184	CDP DE LA ADICIÓN:	2600	RP DE LA ADICIÓN:	36741
				TIEMPO PRORROGADO:	3 MESES
VALOR ADICIONADO	\$ 7.644.288	CDP DE LA ADICIÓN:	3750	RP DE LA ADICIÓN:	46768
				TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES
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:	
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:	
				TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS (SI APLICA)			
¿FACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO	X
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			
<u>SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</u>			
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 cláusula "Forma de Pago, <u>CERTIFICO</u> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (04/11/2024) AL (30/11/2024)			
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		 NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: SHIRLEY JANNETH TORRES RODRIGUEZ CARGO: JEFE DE OFICINA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO	
		NOMBRE Y FIRMA APOYO TÉCNICO DEL SUPERVISOR: MARTHA PATRICIA CARDENAS CARDENAS PERFIL: TÉCNICO ADMINISTRATIVO 2	

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		III. POLIZAS (SI APLICA)	
Nº DE PÓLIZA:	N/A	SI	NO
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	X
		ACTO ADMINISTRATIVO DE	N/A
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		
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	SI	NO
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 (01/11/2024) - Al (30/11/2024)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	 NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: SHIRLEY JANNETH TORRES RODRIGUEZ CARGO: OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO
	 NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: MARTHA PATRICIA CARDENAS CARDENAS PERFIL: TECNICO ADMINISTRATIVO II

 <p>Ministerio de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</p>		<p>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN DATOS DEL CONTRATISTA</p>				<p>CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16</p>	
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30/11/2024)							
NOMBRES Y APELLIDOS:		ANGELA GISELLA FONTECHA BARRAGAN			CC:	1031157694	
CORREO ELECTRÓNICO:		angelagisellafontechabarragan@gmail.com			RUT (NIT):	1031157694	
DIRECCIÓN DOMICILIO:		Diagonal 54 C Sur 3 05			TELÉFONO:	3118565847	
					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							
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 ()	NO (X)	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:		BANCO CAJA SOCIAL		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)							
						24096592335	
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)							
N° DEL CONTRATO:	PS 1031 2024	N° CDP:	3750	N° CRP:	46768	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 11 MESES Y 10 DIAS	
FECHA DE INICIO CONTRATO	21/1/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/12/2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$42.380.832	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/11/2024 AL 30/11/2024						
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	(\$3'822.144)						
Tres millones ochocientos ventidos mil ciento cuarenta y cuatro pesos.							
Angela Fontecha NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA ANGELA GISELLA FONTECHA BARRAGAN C.C 1031157694 cel: 3118565847							

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLFONO	CORREO	
CC	1031157694	ANGELA GISELLA FONTECHA BARRAGAN	Diagonal 54 C sur # 3 - 05	3118656847	angifontea@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD	
				NÚMERO PLANILLA	EMPLEADOS
					UPC 0
					1 0
				TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-10	(	13/11/2024	81721110	\$469,200

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD			
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	1.95.500

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades			Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización		Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	185.500	0		0			0	0	0	185.500	1	

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Substancia	Días Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231.001	Coltados	800227940-6	237.500	0	0	0	0	0		237.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	36,200	0			-36,200	0	0	36,200			362	36,200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
------------	--------	-----	--------------	-----------	-------------------	---------------	---------------

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	0	0	0	0
		ICBF		
0	0	0	0	0
		ESAP		
		MEN		

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	185.500	185.500
Pensión	1	237.500	237.500
Riesgos Laborales	1	36.200	36.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	459.200	459.200

DATOS DEL APORTANTE							EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO		
CC	1031157694	ANGELA GISELLA FONTECHA BARRAGAN	Diagonal 54. C sur # 3 - 05	3118565847	angifontba@gmail.com		
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.		Si

DATOS DE LA PLANILLA					CANTIDAD	
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO	PENSIONES			1	0
2024-10	2024-10		13/11/2024	81721110	TOTAL A PAGAR \$459.200	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACION CITIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN					SAUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
Tipo		No de Identificación		Apellidos y Nombres						CORRECCION		Cód. AFP		Cotización		Voluntari o Afiliado		Fondo pensional de solidaridad		Fondo pensio nal de subsistencia		Cód. EPS		Ibc EPS		Cotización/ Valor UPC		Cód. ARL		Cotización		Código CCF		Aporte CCF		Aporte SENA		Aporte ICBF		Aporte ESAP MEN																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
CC		1031157894		FONTECHA BARRAGAN ANGELA GISELLA						59	0	N																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		

