		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									
NORMA MARTINEZ AGUIRRE									
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:					51,816,618				
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA RESPIRATORIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E							
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.				PS 1659 2024		FECHA INICIO CONTRATO		21/1/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 7,194,624		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO		DOS (02) MESES			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 40,413,552		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 3,484,896			
N° DE INFORME:		11		N° CRP:		14397		N° CDP: 143	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		ONCE MESES Y DIEZ DIAS							
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:				3BL HOSPITAL SAN BLAS					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:				ANGELA MARIA MENDOZA MESA PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA SALUD CODIGO 237 GRADO 16					
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES									
N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		6		TIPO DE MODIFICACIÓN		ADICIONES		6	
VALOR ADICIONADO		\$ 1,967,280		CDP DE LA ADICIÓN:		936		CRP DE LA ADICIÓN: 21393	
VALOR ADICIONADO		\$ 4,309,280		CDP DE LA ADICIÓN:		1259		CRP DE LA ADICIÓN: 24987	
VALOR ADICIONADO		\$ 6,744,960		CDP DE LA ADICIÓN:		1617		CRP DE LA ADICIÓN: 28550	
VALOR ADICIONADO		\$ 4,871,360		CDP DE LA ADICIÓN:		2191		CRP DE LA ADICIÓN: 32713	
VALOR ADICIONADO		\$ 9,461,680		CDP DE LA ADICIÓN:		2610		CRP DE LA ADICIÓN: 36939	
VALOR ADICIONADO		\$ 5,864,368		CDP DE LA ADICIÓN:		3752		CRP DE LA ADICIÓN: 45817	
VALOR ADICIONADO				CDP DE LA ADICIÓN:				CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO				CDP DE LA ADICIÓN:				CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO				CDP DE LA ADICIÓN:				CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO				CDP DE LA ADICIÓN:				CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO				CDP DE LA ADICIÓN:				CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		\$ -		CDP DE LA ADICIÓN:				CRP DE LA ADICIÓN:	
III. POLIZAS									
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?				SI		NO		x	
N° DE PÓLIZA:		123		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:				ABC	
FECHA DE LA PÓLIZA		DD-MM-AAAA		FECHA DE APROBACIÓN:				DD-MM-AAAA	
ITE M		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 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 EQUITAD 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 CONDICIÓN 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 GARANTÍA DE LA CALIDAD
15	PARTICIPAR EN LA PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL SERVICIO
16	PARTICIPAR EN LA ELABORACIÓN, ACTUALIZACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y ADHERENCIA DE GUÍAS, 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

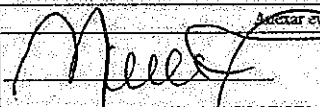
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	9477252255	OPERADOR:	APORTES EN LÍNEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	13/11/2024	\$175,300.00
PENSIÓN:	PORVENIR	13/11/2024	\$224,400.00
RIESGOS LABORALES:	SURA	13/11/2024	\$34,300.00
OTRO	CAJA COMPENSACIO(	13/11/2024	\$8,500.00
TOTAL PAGADO			\$ 442,500

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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, rut)
3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo scoop 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)

Adjuntar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente



NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
NORMA MARTINEZ AGUIRRE
CC: 51816518
CEL: 3124562029

 <div>Comptrol de S.S. S. Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>	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: (30/11/2024)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	NORMA MARTINEZ AGUIRRE			CC:	51816618	
CORREO ELECTRÓNICO:	NORCONSS871@GMAIL.COM			RUT (NIT):	51816618-1	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 12 C 71 C 30 INT 9 APTO 701			TELÉFONO:	3124562029	
				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.						
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	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	469400002793	
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	PS 1659 2024	Nº CDP:	3752	Nº. RP:	45817	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: \$40,413,552.00	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/11/2024 AL 30/11/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	S 3,484,896 TRES MILLONES CUATRO CIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS M/CTE					
 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: NORMA MARTINEZ AGUIRRE C.C: 51816618 CEL: 3124562029						



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

NORMA MARTINEZ AGUIRRE

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

51,816,618

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA RESPIRATORIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS
PROFESIONALES No.

PS 1659 2024

FECHA INICIO CONTRATO

21/01/2024

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$

7,194,624.00

VALOR TOTAL DEL
CONTRATO INCLUIDO
ADICIONES:

\$

40,413,552.00

VALOR DE HONORARIOS
PERÍODO A CERTIFICAR:

\$ 3,484,896.00

Nº PAGO / Nº DE
INFORME:

11

Nº CRP
INICIAL:

14397

Nº CDP INICIAL
DEL CONTRATO

143

PLAZO DEL CONTRATO
INCLUYENDO
PRORROGAS

ONCE MESES Y DIEZ DIAS

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:

9477252255

OPERADOR:

APORTES EN LINEA

PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS
ACTIVIDADES:

APOYO TERAPEUTICO Y REHABILITACION

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

3BL HOSPITAL SAN BLAS

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

ANGELA MARIA MENDOZA
MESA

PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA
DE LA SALUD CODIGO 237 GRADO 16

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº6	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICION 6	PRORROGA 6
VALOR ADICIONADO	\$ 1,967,280	CDP DE LA	936	RP DE LA	21393	TIEMPO	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 4,309,280	CDP DE LA	1259	RP DE LA	24987	TIEMPO	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 6,744,960	CDP DE LA	1617	RP DE LA	28550	TIEMPO	1 MES 10 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 4,871,360	CDP DE LA	2191	RP DE LA	32713	TIEMPO	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 9,461,680	CDP DE LA	2610	RP DE LA	36939	TIEMPO	3 MESES
VALOR ADICIONADO	\$ 5,864,368	CDP DE LA	3752	RP DE LA	45817	TIEMPO	2 MESES
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA		RP DE LA		TIEMPO	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA		RP DE LA		TIEMPO	
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)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO	X
Nº 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 **(01/11/2024) AL (30/11/2024)**

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


NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ANGELA MARIA MENDOZA MESA

CARGO:

LIDER APOYO TERAPEUTICO Y REHABILITACION


NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:

LUISA FERNANDA FUENTES GARZON

PERFIL:

ENLACE CORPORATIVO

TOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	DV	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
31816618		MARTINEZ AGUIRRE NORMA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 12 C N 71 C 30 9 APTO 701	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	8101379	No	
TOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Período	Salud	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Días Mora	Valor	
4-10	2024-10	1046930153	94775255	I	2024/11/07	2024/11/13	6	\$442,500	
SUMEN DE PAGO									
DESCRIPCION	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$223,400	\$1,000	\$0	\$224,400	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$223,400	\$1,000	\$0	\$224,400	
ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,100	\$200	\$0	\$34,300	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$34,100	\$200	\$0	\$34,300	
F (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$8,400	\$100	\$0	\$8,500	
COMPENSAR	CCF74	860,066,942	7	1	\$8,400	\$100	\$0	\$8,500	
S (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$174,500	\$800	\$0	\$175,300	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$174,500	\$800	\$0	\$175,300	
TAL				1	\$440,400	\$2,100	\$0	\$442,500	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono
IC 51816618		MARTINEZ AGUIRRE NORBIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 12 C N 71 C 30 9 APTO 701	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	8101379
							Exonerado SENA e ICBF No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Valor
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite
2024-10	1004930053	9477252255	1	2024/11/07	2024/11/13
				NEQUI	Banco
				Dias Mora	6
					\$442,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)																							
1	CC	51816618	MARTINEZ NORBIA	230301	30	\$1,396,000	\$223,400	EPS008	30	\$1,396,000	\$174,500	CCF24	30	\$1,396,000	\$8,400	14-11	30	\$1,396,000	\$34,100	30	\$0	\$0	
Total Afiliados(1)					\$1,396,000	\$223,400			\$1,396,000	\$174,500			\$1,396,000	\$8,400			\$1,396,000	\$34,100			\$0	\$0	