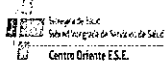
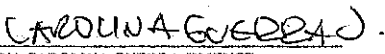
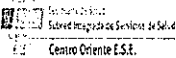
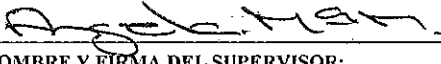
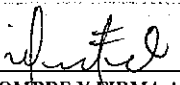
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN				CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y ANA CAROLINA GUERRA JIMENEZ							
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				52.772.838			
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO FISIOTERAPEUTA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.					
		PS 1629 2024		FECHA INICIO CONTRATO		21/01/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$	7.194.624	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO		DOS (02) MESES	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$	40.057.568	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 3.541.104	
Nº DE INFORME:		11		Nº CRP:		14387	Nº CDP: 143
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		ONCE (11) MESES, DIEZ (10) DÍAS					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:				ISC HOSPITAL SANTA CLARA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:				ANGELA MARIA MENDOZA MESA		PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA	
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	6	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	6	PRORROGAS	6	
VALOR ADICIONADO	\$ 3.409.952	CDP DE LA ADICIÓN:	936	CRP DE LA ADICIÓN:	21365	TIEMPO PRORROGA DO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 3.597.312	CDP DE LA ADICIÓN:	1259	CRP DE LA ADICIÓN:	24959	TIEMPO PRORROGA DO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 5.311.656	CDP DE LA ADICIÓN:	1617	CRP DE LA ADICIÓN:	28522	TIEMPO PRORROGA DO:	1 MES Y 10 DÍAS
VALOR ADICIONADO	\$ 3.597.312	CDP DE LA ADICIÓN:	2191	CRP DE LA ADICIÓN:	32686	TIEMPO PRORROGA DO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 10.585.840	CDP DE LA ADICIÓN:	2610	CRP DE LA ADICIÓN:	36915	TIEMPO PRORROGA DO:	3 MESES
VALOR ADICIONADO	\$ 6.360.872	CDP DE LA ADICIÓN:	3752	CRP DE LA ADICIÓN:	45792	TIEMPO PRORROGA DO:	2 MESES
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:	
III. POLIZAS							
¿FACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO		X	
Nº DE PÓLIZA:				NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			
FECHA DE LA PÓLIZA				FECHA DE APROBACIÓN:			
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, 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)							
ITEM							
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 CALIFICACIÓN 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 COBERTURA 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	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
8	EMITIR CONCEPTOS MÉDICOS QUE SE LE REQUIERAN, REALIZAR RESÚMENES DE HISTORIA CLÍNICA, EPICRISIS U OTROS DOCUMENTOS ASISTENCIALES O ADMINISTRATIVOS QUE SEAN SOLICITADOS
9	DILIGENCIAR EN FORMA COMPLETA, OPORTUNA, SISTEMATIZADA Y LEGIBLE (EN LOS CASOS EN QUE SE PRESENTEN FALLAS DEL SISTEMA), LOS FORMATOS, LA HISTORIA CLÍNICA, 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
10	GARANTIZAR LA DEBIDA RESERVA DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y DE LOS REGISTROS CLÍNICOS
11	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
12	REPORTAR AL ÁREA DE RECURSOS FÍSICOS - ACTIVOS FUOS DE LA SUBRED, LOS EQUIPOS DE PROPIEDAD DEL CONTRATISTA, QUE SE DESTINE A LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES
13	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
14	PARTICIPAR EN LA PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL SERVICIO
15	PARTICIPAR EN LA ELABORACIÓN, ACTUALIZACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y ADHERENCIA DE GUÍAS, MANUALES, PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS QUE AFLIQUEN AL SERVICIO
16	PARTICIPAR EN LA ELABORACIÓN, ACTUALIZACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y ADHERENCIA DE GUÍAS, MANUALES, PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS QUE AFLIQUEN 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	CUMPLIR OPORTUNAMENTE LAS RECOMENDACIONES, OPORTUNIDADES DE MEJORA, ACTAS DE COMPROMISO Y DEMÁS SOLICITUDES DE LA SUPERVISIÓN Y DE LA OFICINA DE CALIDAD
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 RETIUS, MIPRES Y RIUAF 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:	7945431649	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	14/11/2024	\$ 177.300
PENSIÓN:	COLFONDOS	14/11/2024	\$ 226.900
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR S.A.	14/11/2024	\$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 438.900
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 calcula 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, rnt) 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			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>CAROLINA GUERRA J.</p> <p>ANA CAROLINA GUERRA JIMENEZ</p> <p>CC:52772838</p> <p>CEL:3106663675</p> </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-0014 VERSIÓN: 6	
DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30/11/2024)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	ANA CAROLINA GUERRA JIMENEZ		CC:	52772838	
CORREO ELECTRÓNICO:	CALASO1981@HOTMAIL.COM		RUT (NIT):	527728386	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CARRERA 81 B # 6 B 85		TELÉFONO:	3106663675	
			CIUDAD:	BOGOTÁ	
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: NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)	BANCO DE BOGOTÁ		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA: 102584240
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 1629 2024	Nº CDP:	3752	Nº. RP:	45792
					PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: ONCE (11) MESES, DIEZ (10) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	21/01/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/12/2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 40.057.568
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)	\$ 3.541.104 TRES MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y UN MIL CIENTO CUATRO PESOS				
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> <div>  ANA CAROLINA GUERRA JIMENEZ C.C 52772838 cel: 3106663675 </div> </div>					

 <p>Ministerio de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</p>		<p align="center">SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION</p>			<p align="right">CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 2</p>		
<p align="center">CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y</p>							
<p align="center">NOMBRE DEL CONTRATISTA</p>				<p align="center">ANA CAROLINA GUERRA JIMENEZ</p>			
<p align="center">NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD</p>				<p align="center">52.772.838</p>			
<p align="center">I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</p>							
<p>OBJETO DEL CONTRATO:</p>		<p align="center">PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO FISIOTERAPEUTA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</p>					
<p>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</p>			<p align="center">PS 1629 2024</p>		<p align="center">FECHA INICIO CONTRATO</p>		
					<p align="center">21/01/2024</p>		
<p align="center">VALOR INICIAL DEL CONTRATO</p>			<p align="center">\$ 7.194.624,00</p>				
<p>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</p>		<p align="center">\$ 40.057.568,00</p>		<p>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</p>		<p align="center">\$ 3.541.104,00</p>	
<p>Nº PAGO / Nº DE INFORME:</p>		<p align="center">11</p>		<p>Nº CRP INICIAL:</p>		<p align="center">143</p>	
				<p align="center">14387</p>		<p>Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO</p>	
						<p align="center">143</p>	
<p>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</p>		<p align="center">ONCE (11) MESES, DIEZ (10) DIAS</p>					
<p>Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:</p>			<p align="center">7945431649</p>		<p>OPERADOR:</p>		
					<p align="center">SOI</p>		
<p>PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:</p>			<p align="center">APOYO TERAPEUTICO Y REHABILITACIÓN</p>				
<p>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</p>			<p align="center">ISC HOSPITAL SANTA CLARA</p>				
<p>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</p>			<p align="center">ANGELA MARIA MENDOZA MESA</p>		<p align="center">PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA SALUD CÓDIGO 237 GRADO 16</p>		
<p align="center">II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES</p>							
<p>Nº DE MODIFICACIÓN:</p>		<p align="center">Nº (6)</p>		<p align="center">TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):</p>		<p align="center">ADICIÓN (6)</p>	
						<p align="center">PRORROGA (6)</p>	
<p>VALOR ADICIONADO</p>		<p align="center">\$ 3.409.952</p>		<p>CDP DE LA ADICIÓN:</p>		<p align="center">936</p>	
				<p>RP DE LA ADICIÓN:</p>		<p align="center">21365</p>	
				<p>TIEMPO PRORROGADO:</p>		<p align="center">1 MES</p>	
<p>VALOR ADICIONADO</p>		<p align="center">\$ 3.597.312</p>		<p>CDP DE LA ADICIÓN:</p>		<p align="center">1259</p>	
				<p>RP DE LA ADICIÓN:</p>		<p align="center">24959</p>	
				<p>TIEMPO PRORROGADO:</p>		<p align="center">1 MES</p>	
<p>VALOR ADICIONADO</p>		<p align="center">\$ 5.311.656</p>		<p>CDP DE LA ADICIÓN:</p>		<p align="center">1617</p>	
				<p>RP DE LA ADICIÓN:</p>		<p align="center">28522</p>	
				<p>TIEMPO PRORROGADO:</p>		<p align="center">1 MES Y 10 DIAS</p>	
<p>VALOR ADICIONADO</p>		<p align="center">\$ 3.597.312</p>		<p>CDP DE LA ADICIÓN:</p>		<p align="center">2191</p>	
				<p>RP DE LA ADICIÓN:</p>		<p align="center">32686</p>	
				<p>TIEMPO PRORROGADO:</p>		<p align="center">1 MES</p>	
<p>VALOR ADICIONADO</p>		<p align="center">\$ 10.585.840</p>		<p>CDP DE LA ADICIÓN:</p>		<p align="center">2610</p>	
				<p>RP DE LA ADICIÓN:</p>		<p align="center">36915</p>	
				<p>TIEMPO PRORROGADO:</p>		<p align="center">3 MESES</p>	
<p>VALOR ADICIONADO</p>		<p align="center">\$ 6.360.872</p>		<p>CDP DE LA ADICIÓN:</p>		<p align="center">3752</p>	
				<p>RP DE LA ADICIÓN:</p>		<p align="center">45792</p>	
				<p>TIEMPO PRORROGADO:</p>		<p align="center">2 MESES</p>	
<p>VALOR ADICIONADO</p>				<p>CDP DE LA ADICIÓN:</p>		<p>RP DE LA ADICIÓN:</p>	
				<p>TIEMPO PRORROGADO:</p>			
<p>VALOR ADICIONADO</p>				<p>CDP DE LA ADICIÓN:</p>		<p>RP DE LA ADICIÓN:</p>	
				<p>TIEMPO PRORROGADO:</p>			
<p>VALOR ADICIONADO</p>				<p>CDP DE LA ADICIÓN:</p>		<p>RP DE LA ADICIÓN:</p>	
				<p>TIEMPO PRORROGADO:</p>			
<p>VALOR ADICIONADO</p>				<p>CDP DE LA ADICIÓN:</p>		<p>RP DE LA ADICIÓN:</p>	
				<p>TIEMPO PRORROGADO:</p>			

III. POLIZAS (SI APLICA)			
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI	NO
			X
Nº DE PÓLIZA:	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
FECHA DE LA PÓLIZA	ACTO ADMINISTRATIVO DE		
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>			
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 cláusula "Forma de Pago, <u>CERTIFICO</u> 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 OPERATIVO	



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 52772838
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	ANA CAROLINA GUERRA JIMENEZ	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 81B 6-B85 CASA 193	TELÉFONO: 3282828
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7945431649	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: octubre	PERIODO COTIZACIÓN MES: octubre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2024	SALUD: AÑO: 2024
DÍAS DE MORA:	1	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/11/14	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1049825910

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800227940	231001	231001-COLFONDOS	1	\$ 226.900
SUBTOTAL:			1	\$ 226.900
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	\$ 177.300
SUBTOTAL:			1	\$ 177.300
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860002503	14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1	\$ 34.700
SUBTOTAL:			1	\$ 34.700

VALOR SIN MORA:	\$ 438.400
VALOR MORA:	\$ 500
TOTAL PAGADO:	\$ 438.900