	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					
LAURA NATHALIA CALDERON SANTAMARIA					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	52,788,597				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO TERAPEUTA RESPIRATORIA ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGIA 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 4752 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:	$ 118,995,146		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 312,554
N° DE INFORME:	19	**N° CRP:**	11738	**N° CDP:**	626
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	1 AÑO 8 MESES 4 DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6BH CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 29				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	19	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	19	**PRORROGAS**	17	
VALOR ADICIONADO	$ 6,479,480	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1161	**CRP DE LA ADICIÓN:**	19050	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,352,852	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1520	**CRP DE LA ADICIÓN:**	23026	**TIEMPO PRORROGADO:**	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 6,438,526	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1715	**CRP DE LA ADICIÓN:**	25514	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 12,473,746	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2106	**CRP DE LA ADICIÓN:**	31527	**TIEMPO PRORROGADO:**	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 8,097,990	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2800	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38519	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5,228,176	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3417	**CRP DE LA ADICIÓN:**	41543	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,399,814	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3850	**CRP DE LA ADICIÓN:**	45590	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,146,906	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4129	**CRP DE LA ADICIÓN:**	51226	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5,586,192	**CDP DE LA ADICIÓN:**	211	**CRP DE LA ADICIÓN:**	10997	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 4,375,756	**CDP DE LA ADICIÓN:**	399	**CRP DE LA ADICIÓN:**	15754	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 5,228,176	**CDP DE LA ADICIÓN:**	489	**CRP DE LA ADICIÓN:**	18479	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 8,484,200	**CDP DE LA ADICIÓN:**	892	**CRP DE LA ADICIÓN:**	20438	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5,228,176	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1322	**CRP DE LA ADICIÓN:**	27175	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 5,228,176	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1712	**CRP DE LA ADICIÓN:**	31103	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 6,678,176	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**CRP DE LA ADICIÓN:**	35179	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 7,843,264	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38909	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 8,680,596	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**CRP DE LA ADICIÓN:**	42233	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5,258,176	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**CRP DE LA ADICIÓN:**	44391	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,900,648	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3954	**CRP DE LA ADICIÓN:**	48374	**TIEMPO PRORROGADO:**	16 DIAS
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
Nº 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: 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: Revision de IEC alto impacto 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2024$\250.46.3IEC\1.IEC_SIVIGILA
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a d e s ar r o ll ar 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Revision de IEC alto impacto 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2024$\250.46.3IEC\1.IEC_SIVIGILA
3	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: Revision de IEC alto impacto 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2024$\250.46.3IEC\1.IEC_SIVIGILA
4	1. OBLIGACIÓN: Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Revision de IEC alto impacto 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2024$\250.46.3IEC\1.IEC_SIVIGILA
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: Revision de IEC alto impacto 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2024$\250.46.3IEC\1.IEC_SIVIGILA
6	1. OBLIGACIÓN: Realizar acciones y asesorías integrales extramurales a la población asignada a nivel individual, familiar y colectivo, desde su perfil profesional especializado y conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre la subred con el Fondo Financiero-SDS 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Revision de IEC alto impacto 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2024$\250.46.3IEC\1.IEC_SIVIGILA
7	1. OBLIGACIÓN: Realizar el direccionamiento técnico según los lineamientos distritales del sistema de vigilancia epidemiológica en la red de p r e s ta d o r es p ú b li co s y p r i v a d o s 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Revision de IEC alto impacto 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2024$\250.46.3IEC\1.IEC_SIVIGILA
8	1. OBLIGACIÓN: Realizar intervenciones epidemiológicas de campo, bloqueo y búsqueda activa comunitaria de los eventos de interés en salud pública, según demanda nuevo VSP 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Revision de IEC alto impacto 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2024$\250.46.3IEC\1.IEC_SIVIGILA
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: Revision de IEC alto impacto 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2024$\250.46.3IEC\1.IEC_SIVIGILA
10	1. OBLIGACIÓN: Ejecutar las políticas y programas de la dimensión en salud publica en emergencias y desastres para las intervenciones realizadas en atención de brotes, en los sistemas de información de la vigilancia epidemiológica 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Revision de IEC alto impacto 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2024$\250.46.3IEC\1.IEC_SIVIGILA
11	1. OBLIGACIÓN: apoyar los procesos de salud pública en emergencias y desastres establecidos en el marco del contrato PIC contemplados en las políticas, planes, nacionales 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Revision de IEC alto impacto 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2024$\250.46.3IEC\1.IEC_SIVIGILA
12	1. OBLIGACIÓN: Realizar análisis de situación en salud de los eventos de interés en salud pública desde los diferentes entornos y componentes del PSPIC para la toma de decisiones 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Revision de IEC alto impacto 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2024$\250.46.3IEC\1.IEC_SIVIGILA

13	1. OBLIGACIÓN: Realizar actividades, ejecución, orientación, coordinación y/o apoyo de eventos de interés en salud pública, bajo los lineamientos y protocolos establecidos a nivel distrital y nacional 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Revision de IEC alto impacto 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2024$\250.46.3IEC\1.IEC_SIVIGILA
14	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Revision de IEC alto impacto 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2024$\250.46.3IEC\1.IEC_SIVIGILA
15	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: Revision de IEC alto impacto 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2024$\250.46.3IEC\1.IEC_SIVIGILA

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	7941381256	**OPERADOR:**	SOI

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	SURA	4/10/2024	$ 383,700
PENSIÓN:	PROTECCION	4/10/2024	$ 491,100
RIESGOS LABORALES:	SURA	4/10/2024	$ 74,800
OTRO			$ -
	TOTAL PAGADO		$ **949,600**

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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 ningun 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 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

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LAURA NATHALIA CALDERON SANTAMARIA
CC: 52,788,597
CEL 3157002396

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:	LAURA NATHALIA CALDERON SANTAMARIA	**CC:**	52,788,597
		RUT (NIT):	52788597-6
CORREO ELECTRÓNICO:	nathis77@gmail.com	**TELÉFONO:**	3157002396
DIRECCIÓN DOMICILIO:	AV CL 22 89 54	**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 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:	BANCO DAVIVIENDA				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**Nº CUENTA:**	006970500002

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

Nº DEL CONTRATO:	PS 4752 2023	**Nº CDP:**	3170-3525	**Nº. RP:**	42233- 44391	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: 1 AÑO 8 MESES 4 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	27/03/2023	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		1/12/2024		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 118,995,146
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 17/10/2024 AL 31/10/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 312,554					
	TRESCIENTOS DOCE MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS					

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LAURA NATHALIA CALDERON SANTAMARIA

CC: **52,788,597**
CEL: **3157002396**

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	LAURA NATHALIA CALDERON SANTAMARIA				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	52,788,597				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO TERAPEUTA RESPIRATORIA ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGIA 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 4752 2023		**FECHA INICIO CONTRATO**	27/03/2023	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4,886,120				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 118,995,146		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 312,554	
N° PAGO / N° DE INFORME:	19 de 19	**N° CRP INICIAL:**	11738	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	626
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	1 AÑO 8 MESES 4 DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	7941381256		**OPERADOR:**	SOI	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GSP PSPIC - VSP				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6BH CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 29				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	19	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICIÓN (19)	PRÓRROGA (17)
VALOR ADICIONADO	$ 6,479,480	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1161	**RP DE LA ADICIÓN:**	19050	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,352,852	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1520	**RP DE LA ADICIÓN:**	23026	**TIEMPO PRORROGADO:**	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 6,438,526	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1715	**RP DE LA ADICIÓN:**	25514	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 12,473,746	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2106	**RP DE LA ADICIÓN:**	31527	**TIEMPO PRORROGADO:**	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 8,097,990	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2800	**RP DE LA ADICIÓN:**	38519	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5,228,176	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3417	**RP DE LA ADICIÓN:**	41543	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,399,814	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3850	**RP DE LA ADICIÓN:**	45590	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,146,906	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4129	**RP DE LA ADICIÓN:**	51226	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5,586,192	**CDP DE LA ADICIÓN:**	211	**RP DE LA ADICIÓN:**	10997	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 4,375,756	**CDP DE LA ADICIÓN:**	399	**RP DE LA ADICIÓN:**	15754	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 5,228,176	**CDP DE LA ADICIÓN:**	489	**RP DE LA ADICIÓN:**	18479	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 8,484,200	**CDP DE LA ADICIÓN:**	892	**RP DE LA ADICIÓN:**	20438	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5,228,176	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1322	**RP DE LA ADICIÓN:**	27175	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 5,228,176	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1712	**RP DE LA ADICIÓN:**	31103	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 6,678,176	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**RP DE LA ADICIÓN:**	35179	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA

VALOR ADICIONADO	$ 7,843,264	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**RP DE LA ADICIÓN:**	38909	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 8,680,596	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**RP DE LA ADICIÓN:**	42233	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5,258,176	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**RP DE LA ADICIÓN:**	44391	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,900,648	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3954	**RP DE LA ADICIÓN:**	48374	**TIEMPO PRORROGADO:**	16 DIAS
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 17/10/2024 al 31/10/2024

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

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:
MARIA CRISTINA DUARTE GARZON
CARGO:
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 29

Nelcy Aydee Florez

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
NELCY AYDEE FLOREZ PADILLA
PERFIL:
PROFESIONAL ESPECIALIZADO 3

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52788597
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LAURA NATALIA CALDERON SANTAMARIA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	AV CALLE 22 89 54 INT 1 APT 101	TELÉFONO:	7000000
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:	79413812 56		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES septiembre	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES septiembre	AÑO 2024
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/10/04		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		960002299

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 491.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 491.100	$ 0	$ 491.100
SUBTOTALES:										$ 491.100	$ 0	$ 491.100

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 383.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 383.700	$ 0	$ 0	$ 383.700
SUBTOTALES:													$ 383.700	$ 0	$ 0	$ 383.700

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 74.800	$ 74.800	$ 0	$ 0	$ 74.800
SUBTOTALES:									$ 74.800	$ 0	$ 0	$ 74.800

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES															SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																								PENSIÓN								SALUD						ARP							CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 52788597	CALDERON SANTAMARIA LAURA NATHALIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 3.069.000				NO																	230201-PROTECCION	30	3.069.000	$ 491.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 491.100	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	3.069.000	$ 383.700	$ 0	$ 383.700	14-11 - ARL SURA	30	3.069.000	52788597	$ 74.800		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 949.600

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52788597
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LAURA NATALIA CALDERON SANTAMARIA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	AV CALLE 22 89 54 INT 1 APT	TELÉFONO:	7000000
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:	7941381256	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES: septiembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES: septiembre		
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2024	SALUD:	AÑO: 2024		
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/10/04	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	960002299		

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

Planilla Pagada

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	1	$ 491.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 491.100**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 383.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 383.700**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 74.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 74.800**

VALOR SIN MORA:	**$ 949.600**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 949.600**

DAVIVIENDA

Bogotá, 17/10/2024.

Atendiendo su solicitud, certificamos que LAURA NATHALIA CALDERON SANTAMARIA con cédula de ciudadania N°. 52788597 titular de la cuenta terminada en *0002, realizó un pago por 949.600,00 a través del botón PSE de SOI ACH. Esta transacción se registró como Aprobada para PSE con los siguientes datos:

Fecha de pago	2024-10-04
Aprobación de Davivienda	60002299
Código único de seguimiento CUS	960002299
Referencia movimiento	COMPRA SOI ACH

Tenga en cuenta que si no evidencia el pago, lo invitamos a comunicarse con SOI ACH y suministrar el número del CUS para validarlo.

Atentamente,

BANCO DAVIVIENDA S.A.
2904.

Banco Davivienda S.A.