3485

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 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

KAREN DAYANA ORTIZ DUARTE

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	**1.071.868.637**				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER, PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3485 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**01/02/2024**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 3.592.640**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	DOS(2) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 19.639.765**	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 1.676.565**		
Nº DE INFORME:	DIEZ(10)	**Nº CRP:**	45071	**Nº CDP:**	3657
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	ONCE MESES(11)				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	OCHO(8)	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**8**	**PRORROGAS**	**8**	
VALOR ADICIONADO	**$ 1.796.320**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	957	**CRP DE LA ADICIÓN:**	22769	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES(1)
VALOR ADICIONADO	**$ 1.796.320**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1372	**CRP DE LA ADICIÓN:**	26116	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES(1)
VALOR ADICIONADO	**$ 1.796.320**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1722	**CRP DE LA ADICIÓN:**	29779	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES(1)
VALOR ADICIONADO	**$ 1.796.320**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2229	**CRP DE LA ADICIÓN:**	33915	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES(1)
VALOR ADICIONADO	**$ 1.796.320**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2261	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38115	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES(1)
VALOR ADICIONADO	**$ 1.796.320**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3107	**CRP DE LA ADICIÓN:**	41199	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES(1)
VALOR ADICIONADO	**$ 3.592.640**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3657	**CRP DE LA ADICIÓN:**	45071	**TIEMPO PRORROGADO:**	DOS MESES(2)
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:	123	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		ABC
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**FECHA DE APROBACIÓN:**		DD/MM/AAAA

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)

ITEM	
1	Realizar llamado del paciente a ventanilla de acuerdo a organización y digiturno entregado por el orientado
2	Verificar las órdenes médicas y autorización física que presenta el paciente para su atención por consulta externa, según acuerdo de voluntades y normatividad vigente.
3	Verificar derechos del paciente frente a las seguridad social o afiliación del usuario y adjuntar a carpeta requerimientos del sistema de información los soportes de verificación de derechos.
4	Revisar y validar servicios respecto a frecuencias de uso, grupo etario, género y según acuerdo de voluntades y normatividad vigente.
5	Actualizar datos personales del usuario y datos del acudiente en el sistema de información.
6	Generar factura electrónica de venta o registro de servicios en el sistema de información DGH y soportar con la documentación que presenta el usuario según acuerdo de voluntades y normatividad vigente.
7	Brindar el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información y/o bases de datos afines.
8	Realizar actualización en cuanto a la normatividad vigente en el SGSSS y asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.
9	Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor del contrato.
10	Realizar la facturación de los pacientes que no requieran cancelar copagos o cuotas de recuperación, previamente a la atención médica, para disminución de filas en salas de espera.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**8381780498**	**OPERADOR:**	**MI PLANILLA**

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**COMPENSAR**	**15/11/2024**	**$ 162.800**
PENSIÓN:	**PORVENIR**	**15/11/2024**	**$ 208.300**
RIESGOS LABORALES:	**SURA**	**15/11/2024**	**$ 31.800**
OTRO			
	TOTAL PAGADO		**$ 402.900**

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 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 período correspondiente

Karen Dayana Ortiz

KAREN DAYANA ORTIZ DUARTE
CC:1071868637
CEL:3222044375 MG

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

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30/11/2024)

NOMBRES Y APELLIDOS:	**KAREN DAYANA ORTIZ DUARTE**	**CC:**	1071868637
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	ortizkarendayana207@gmail.com	**TELÉFONO:**	3222044375
DIRECCIÓN DOMICILIO:	cra116c67a-32	**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 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.

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 BBVA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**0724623426**
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA					

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

Nº DEL CONTRATO:	**PS 3485 2024**	**Nº CDP:**	**3657**	**Nº. RP:**	**45071**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : ONCE MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**01/02/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/12/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 19.639.765**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 01/11/2024 AL 30/11/2024**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	**$**					**1.676.565**
	UN MILLON SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS MDA/CTE					

Karen Dayana Ortiz Duarte

KAREN DAYANA ORTIZ DUARTE
C.C.1071868637
cel: 3222044375

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			**KAREN DAYANA ORTIZ DUARTE**		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			**1.071.868.637**		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER, PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3485 2024**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**01/02/2024**		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.592.640				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 19.639.765	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.676.565		
N° PAGO / N° DE INFORME:	DIEZ(10) DE DIEZ(10)	**N° CRP INICIAL:**	45071	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	3657
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	**8381780498**	**OPERADOR:**	**MI PLANILLA**		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	**FACTURACION - COORDINACION**				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	**1SC HOSPITAL SANTA CLARA**				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	**N° (8)**	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				**ADICION (8)**	**PRORROGA (8)**
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	957	**RP DE LA ADICIÓN:**	22769	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES(1)
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1372	**RP DE LA ADICIÓN:**	26116	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES(1)
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1722	**RP DE LA ADICIÓN:**	29779	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES(1)
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2229	**RP DE LA ADICIÓN:**	33915	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES(1)
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2661	**RP DE LA ADICIÓN:**	38115	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES(1)
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3107	**RP DE LA ADICIÓN:**	41199	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES(1)
VALOR ADICIONADO	$ 1.676.565	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3385	**RP DE LA ADICIÓN:**	43196	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES(1)
VALOR ADICIONADO	$ 3.592.640	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3657	**RP DE LA ADICIÓN:**	45071	**TIEMPO PRORROGADO:**	DOS MESES(2)
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**X**	
N° DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			
FECHA DE LA PÓLIZA		**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**			

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?		
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?		
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?		
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?		
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?		

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:	**SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO** **DIRECTOR FINANCIERO**
	YAMILE CANO HERRERA **REFERENTE FACTURACION**

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	KAREN DAYANA ORTIZ DUARTE	**NIT:**	1071868637
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	octubre 2024
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	octubre 2024
Número de Radicación:	8381780498	**Total a pagar:**	$402,900
Fecha de vencimiento:	13/11/2024	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	15/11/2024	**Número de Administradoras:**	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago en Cajas
Banco:	1023	**Número Autorización:**	58136028
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-11	890903790	ARL SURA	1		$0	$31,800
230301	800224808	Porvenir	1		$0	$208,300
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0	$162,800
						$402,900

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

Le informamos que el pago de la planilla No. 8381780498, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	KAREN DAYANA ORTIZ DUARTE	**NIT:**	1071868637
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	octubre 2024
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	octubre 2024
Número de Radicación:	8381780498	**Total a pagar:**	$402,900
Fecha de vencimiento:	13/11/2024	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	15/11/2024	**Número de Administradoras:**	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago en Cajas
Banco:	1023	**Número Autorización:**	58136028
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-11	890903790	ARL SURA	1		$0	$31,800
230301	800224808	Porvenir	1		$0	$208,300
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0	$162,800
						$402,900

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

Le informamos que el pago de la planilla No. 8381780498, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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	KAREN DAYANA ORTIZ DUARTE
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.071.868.637

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER, PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3485 2024		FECHA INICIO CONTRATO	01/02/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.592.640				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 19.639.765		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 1.676.565	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	ONCE (11) DE ONCE(11)	Nº CRP INICIAL:	45071	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	3657
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	8381780498		OPERADOR:	MI PLANILLA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	FACTURACION - COORDINACION				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	1SC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº (8)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICION (8)	PRORROGA (8)
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	957	RP DE LA ADICIÓN:	22769	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES(1)
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	1372	RP DE LA ADICIÓN:	26116	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES(1)
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	1722	RP DE LA ADICIÓN:	29779	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES(1)
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	2229	RP DE LA ADICIÓN:	33915	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES(1)
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	2661	RP DE LA ADICIÓN:	38115	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES(1)
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	3107	RP DE LA ADICIÓN:	41199	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES(1)
VALOR ADICIONADO	$ 1.676.565	CDP DE LA ADICIÓN:	3385	RP DE LA ADICIÓN:	43196	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES(1)
VALOR ADICIONADO	$ 3.592.640	CDP DE LA ADICIÓN:	3657	RP DE LA ADICIÓN:	45071	TIEMPO PRORROGADO:	DOS MESES(2)
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:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
FECHA DE LA PÓLIZA		ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:		

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?		
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?		
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?		
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?		
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?		

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:	SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO DIRECTOR FINANCIERO
	YAMILE CANO HERRERA REFERENTE FACTURACION