	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					
JENNY ANDREA ALMANZA CORTES					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1,026,278,014				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO DIGITADOR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3440 2023		**FECHA INICIO CONTRATO**	13/02/2023	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2,069,338	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	UN (01) MES Y SEIS (06) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 40,994,100		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 922,576
N° DE INFORME:	16	**N° CRP:**	9496	**N° CDP:**	244
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	1 AÑO(S) 8 MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	19	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	19	**PRORROGAS**	17	
VALOR ADICIONADO	$ 2,549,184	**CDP DE LA ADICIÓN:**	701	**CRP DE LA ADICIÓN:**	10340	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 11 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,095,852	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1161	**CRP DE LA ADICIÓN:**	17938	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 872,436	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1520	**CRP DE LA ADICIÓN:**	21937	**TIEMPO PRORROGADO:**	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 1,233,444	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1715	**CRP DE LA ADICIÓN:**	24454	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 3,870,808	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2106	**CRP DE LA ADICIÓN:**	30466	**TIEMPO PRORROGADO:**	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 1,855,180	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2800	**CRP DE LA ADICIÓN:**	37503	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1,845,152	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3417	**CRP DE LA ADICIÓN:**	40554	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1,171,590	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3850	**CRP DE LA ADICIÓN:**	44680	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1,127,091	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4129	**CRP DE LA ADICIÓN:**	50278	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 1,971,505	**CDP DE LA ADICIÓN:**	211	**CRP DE LA ADICIÓN:**	10053	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 1,544,312	**CDP DE LA ADICIÓN:**	399	**CRP DE LA ADICIÓN:**	14817	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 1,845,152	**CDP DE LA ADICIÓN:**	489	**CRP DE LA ADICIÓN:**	17568	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4,068,568	**CDP DE LA ADICIÓN:**	892	**CRP DE LA ADICIÓN:**	19532	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,725,152	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1322	**CRP DE LA ADICIÓN:**	26299	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 1,845,152	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1712	**CRP DE LA ADICIÓN:**	30343	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 1,845,152	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**CRP DE LA ADICIÓN:**	34445	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 2,768,728	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38190	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 1,845,152	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**CRP DE LA ADICIÓN:**	41549	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1,845,152	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**CRP DE LA ADICIÓN:**	43822	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
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
N° 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: 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: Digitar los casos sectoriales validados en el sistema de información para canalización, llevar un registro diario de los casos ingresados al sistema de referencia y contrareferencia SIRC. Diligenciar de manera diaria el anexo 03 Reporte de Canalizaciones 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): DRIVE Validador diario de registro de canalizaciones. Drive Anexo 3 Reporte de Canalizaciones.
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Presentación de cronogramas de alistamiento de productos del proceso de canalizaciones y activación de rutas. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): DRIVE Cronograma mensual de actividades vigencia actualizada 2024
3	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: Digitar los casos sectoriales validados en el sistema de información para canalización , llevar un registro diario de los casos ingresados al sistema de referencia y contrareferencia SIRC. Diligenciar de manera diaria el anexo 03 Reporte de Canalizaciones 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): DRIVE Validador diario de registro de canalizaciones. Drive Anexo 3 Reporte de Canalizaciones.
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: Elaborar presentación con datos estadísticos de las fallas identificadas por parte de los entornos y proceso transversales. 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, apoyo de presentación para capacitar al personal antiguo
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: Se realizo fortalecimiento la primera semana de agosto para socializar al equipo de canalizaciones y activación de rutas los lineamientos del proceso, actividad ejecutada mediante diapositivas. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas de reunión y registro vía correo electrónico
6	1. OBLIGACIÓN: Digitar la información conforme a las fichas, formatos, documentos, bases e informes generados de las acciones o intervenciones de los entornos y procesos transversales, garantizando la calidad del registro calidad, oportunidad, integridad, consistencias y veracidad. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Digitar los casos sectoriales e intersectoriales en el módulo aplicativo SIRC validados en el sistema de información para canalización, validándolos en los aplicativos de verificación habilitados por la SDS 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Magnético / ADRES Y CÓMPROBADOR DE DERECHOS https://www.adres.gov.co/consulte-su-eps
7	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: De manera organizada registrar los formatos de canalización, en el Drive del correo de recepción de acuerdo a lo establecido en el proceso teniendo en cuenta el proceso de archivo según línea técnica de la líder de canalizaciones en armonía con la gestión documental. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Drive Consolidado General de Fichas por mes y por digitador
8	1. OBLIGACIÓN: Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Digitación de los formatos en los tiempos establecidos y los ajustes requeridos según las descargas del aplicativo modulo SIRC. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Mediante correo electrónico los indicadores de calidad registrados mensualmente

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9473860400	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	SALUD TOTAL	17/10/2024	$ 162,500
PENSIÓN:	COLFONDOS	17/10/2024	$ 208,000
RIESGOS LABORALES:	SURA	17/10/2024	$ 31,700
OTRO			$ -
	TOTAL PAGADO		**$ 402,200**

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

Jenny Almanza

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JENNY ANDREA ALMANZA CORTES
CC: 1.026.278.014
CEL 3108122351

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: 31/10/2024			
NOMBRES Y APELLIDOS:	JENNY ANDREA ALMANZA CORTES	**CC:**	1,026,278,014
		RUT (NIT):	1026278014-2
CORREO ELECTRÓNICO:	jennyalmanzac@gmail.com	**TELÉFONO:**	3108122351
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 60 A SUR 23 B 12	**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.

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 CAJA SOCIAL				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**Nº CUENTA:**	24096844221

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	PS 3440 2023	**Nº CDP:**	3525	**Nº. RP:**	43822	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :1 AÑO(S) 8 MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	13/02/2023	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		15/11/2024		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 40,994,100
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 17/10/2024 AL 31/10/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 922,576					
	NOVECIENTOS VEINTIDÓS MIL QUINIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS					

Jenny Almanza

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JENNY ANDREA ALMANZA CORTES
C.C: 1,026,278,014
CEL: 3108122351

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	JENNY ANDREA ALMANZA CORTES
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1,026,278,014

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO DIGITADOR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3440 2023			**FECHA INICIO CONTRATO**	13/02/2023
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2,069,338				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 40,994,100			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 922,576
N° PAGO / N° DE INFORME:	16	**N° CRP INICIAL:**	9496	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	244
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	1 AÑO(S) 8 MESES				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9473860400			**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GSP PSPIC - GESTION OPERATIVA				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	19	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				19	17
VALOR ADICIONADO	$ 2,549,184	**CDP DE LA ADICIÓN:**	701	**RP DE LA ADICIÓN:**	10340	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 11 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,095,852	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1161	**RP DE LA ADICIÓN:**	17938	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 872,436	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1520	**RP DE LA ADICIÓN:**	21937	**TIEMPO PRORROGADO:**	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 1,233,444	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1715	**RP DE LA ADICIÓN:**	24454	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 3,870,808	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2106	**RP DE LA ADICIÓN:**	30466	**TIEMPO PRORROGADO:**	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 1,855,180	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2800	**RP DE LA ADICIÓN:**	37503	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1,845,152	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3417	**RP DE LA ADICIÓN:**	40554	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1,171,590	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3850	**RP DE LA ADICIÓN:**	44680	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1,127,091	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4129	**RP DE LA ADICIÓN:**	50278	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 1,971,505	**CDP DE LA ADICIÓN:**	211	**RP DE LA ADICIÓN:**	10053	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 1,544,312	**CDP DE LA ADICIÓN:**	399	**RP DE LA ADICIÓN:**	14817	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 1,845,152	**CDP DE LA ADICIÓN:**	489	**RP DE LA ADICIÓN:**	17568	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4,068,568	**CDP DE LA ADICIÓN:**	892	**RP DE LA ADICIÓN:**	19532	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,725,152	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1322	**RP DE LA ADICIÓN:**	26299	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 1,845,152	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1712	**RP DE LA ADICIÓN:**	30343	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 1,845,152	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**RP DE LA ADICIÓN:**	34445	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 2,768,728	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**RP DE LA ADICIÓN:**	38190	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS

VALOR ADICIONADO	$ 1,845,152	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**RP DE LA ADICIÓN:**	41549	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1,845,152	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**RP DE LA ADICIÓN:**	43822	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
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: LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA CARGO: PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30
	NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: BIBIANA MARCELA BOHORQUEZ BOJACA PERFIL: LIDER CANALIZACIONES

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1026278014		ALMANZA CORTES JENNY ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 13 N17-74	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	986356923	9473860400	I	2024/10/03	2024/10/17	BANCO CAJA SOCIAL	14	$406,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
1	CC 1026278014	ALMANZA JENNY	231001	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	$31,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1026278014		ALMANZA CORTES JENNY ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 13 N17-74	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	986356923	9473860400	I	2024/10/03	2024/10/17	BANCO CAJA SOCIAL	14	$406,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$2,100	$0	$210,100
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$208,000	$2,100	$0	$210,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$400	$0	$32,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$31,700	$400	$0	$32,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$1,700	$0	$164,200
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$162,500	$1,700	$0	$164,200
TOTAL				1	$402,200	$4,200	$0	$406,400

Banco Caja Social
Su banco amigo.

Pago de servicios electrónicos

Resultado de la transacción

Transacción exitosa.
Apreciado cliente. Pago sujeto a aprobación. Para concluir, por favor seleccione la opción "Regresar al comercio" y verifique el estado final de la transacción. Si tiene algún inconveniente, comuníquese con la entidad con la que liquidó su planilla o con el comercio desde el cual está realizando la compra o pago.

FECHA Y HORA
16 octubre 2024 7:43 pm

DIRECCIÓN IP. 191.156.180.58

NÚMERO DE TRANSACCIÓN
APII4290324858835873

NÚMERO DE CONFIRMACIÓN
5873EECI

NOMBRE DEL COMERCIO	APORTES EN LINEA
NIT DEL COMERCIO	9999001472382
CÓDIGO DEL SERVICIO	99000
VALOR DE LA TRANSACCIÓN	$406.400,00
VALOR DEL IMPUESTO	$0,00
REFERENCIA DE PAGO	9473860400
FECHA DE LA SOLICITUD	16 octubre 2024
REFERENCIA 1	191.156.188.196
REFERENCIA 2	CC
REFERENCIA 3	1026278014
CÓDIGO DE LA TRANSACCIÓN (CUS)	986356923
CICLO DE LA TRANSACCIÓN	1
DESCRIPCIÓN DEL PAGO	Pago de la Planilla de aportes con clave 9473860400
CUENTA ORIGEN	Cuentamiga *******4221