	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					
MIGUEL ANGEL ARCHILA GOMEZ					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1,032,474,578				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN ENFERMERIA 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 4224 2024		**FECHA INICIO CONTRATO**	19/06/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2,265,610	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	DIECISIETE (17) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 19,763,826		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 3,063,789
N° DE INFORME:	4	**N° CRP:**	31940	**N° CDP:**	1936
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	4 MESES 16 DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO				
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:	4	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	4	**PRORROGAS**	4	
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**CRP DE LA ADICIÓN:**	33710	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 5,998,204	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**CRP DE LA ADICIÓN:**	35972	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,200,000	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**CRP DE LA ADICIÓN:**	42464	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5,301,876	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**CRP DE LA ADICIÓN:**	43690	**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:**	
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:**	
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:**	
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:**	
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	
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: Reunión de socialización de meta del 1 al 15 de OCTUBRE 2024 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta de participación con listado de asistencia en custodia de la coordinación
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Elaboración de Cronograma de Actividades del 1 al 15 de OCTUBRE con actualización periodica y proyección del portafolio para el mes de NOVIEMBRE 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Cronograma Digital y fisico en custodia de la coordinación
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: Desarrollo de 2 concertaciones con colegios y jardines infantiles para la ejecución de jornadas de vacunación, acompañamiento a 2 jornadas de vacunación, revisión de base nominal, 1 sensibilizaciones a padre de familia y 4 sensibilizaciones a estudiantes, elaboracion de base nominal con 100 usuarios verificados con esquema de vacunación y 30 seguimientos telefónicos con sus respectivas canalizaciones 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas de concertación, articulación, sensibilización y asistencia a jornadas, formato de sesiones colectivas, las cuales reposan en las carpetas de archivo, base nominal y de seguimiento telefonico
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: Participacion en la reunion del Entorno Cuidador Educativo programada del 1 al 15 de OCTUBRE 2024 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta de participación con listado de asistencia en custodia de la coordinación
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: No se realiza apropiacion conceptual de lineamientos tecnicos del convenio PSPIC del 1 al 15 de OCTUBRE 2024 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): No se cuenta con soporte o evidencia, ya que no se programo la actividad
6	1. OBLIGACIÓN: Desarrollar procesos de asistencia técnica desde los diferentes procesos del Plan de Intervenciones Colectivas conforme a su saber disciplinar y profesional, en función de los requerimientos de los entornos y procesos transversales. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Del 1 a 15 de Octubre se conto con dos asistencias tecnicas del plan de intervenciones colectivas PSPIC dentro de la reunion del entorno educativo el tema fue la ruta cerebrovascular, VIH y PREP
7	1. OBLIGACIÓN: Realizar revisión y responder por los formatos, documentos, bases o informes generados como resultado de las acciones o intervenciones realizadas en cumplimiento a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Participación en la reunión de seguimiento a las acciones y preauditoria, consolidación de tablero de control mensual y tablero poblaciónal. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta de participación preauditorias con listado de asistencia. Bases dispuestas desde el entorno
8	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: Se realiza concertación 2 instituciones educativas para realizar jornadas de vacunación, 2 para sensibilización a estudiantes del dia 1 al 15 de OCTUBRE y 1 para sensibilización a padres 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas de concertación de jornadas de vacunación ficha de sesiones colectivas, actas de sensiblización a padres, todos los documentos reposan en la carpeta de archivo
9	1. OBLIGACIÓN: Activar y notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Del 1 al 15 de Octubre se realiza proceso de 15 canalizaciones de acuerdo a las necesidades priorizadas e identificadas 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de canalización y seguimiento enviado vía correo electrónico a canalizaciones
10	1. OBLIGACIÓN: Participar en las asistencias técnicas convocadas por SDS de acuerdo a los procesos asignados y conforme a las actividades, metas y productos establecidos en los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Del 1 al 15 de OCTUBRE 2024 no se programan procesos de asistencia tecnica por parte de Secretaria Distrital de Salud. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): No se cuenta con soporte o evidencia, ya que no se programo la actividad para el mes
11	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar acciones de gestión documental de acuerdo a planeación del apoyo a la gestión, correspondiente a la actualización para transferencia de archivo 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Cajas de organización y archivo FUID.
12	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: Se realizan actividades requeridas de acuerdo a la necesidad de la ejecución del contrato. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soportes requeridos de acuerdo a la actividad

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9474902640	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	FAMISANAR	18/10/2024	$ 200,000
PENSIÓN:	COLFONDOS	18/10/2024	$ 255,900
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	18/10/2024	$ 39,000
OTRO	CCF COMPENSAR	18/10/2024	$ 9,600
	TOTAL PAGADO		**$ 504,500**

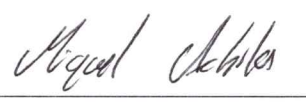
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

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



NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MIGUEL ANGEL ARCHILA GOMEZ
CC: 1.032.474.578
CEL 3204500135

	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:	MIGUEL ANGEL ARCHILA GOMEZ	CC:	1,032,474,578
		RUT (NIT):	1032474578-4
CORREO ELECTRÓNICO:	miguel.archila555@gmail.com	TELÉFONO:	3204500135
DIRECCIÓN DOMICILIO:	AK 30 N 1 63	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 DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	007590449299
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	PS 4224 2024	N° CDP:	3170	N°. RP:	42464	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 4 MESES 16 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	19/06/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	15/10/2024			TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 19,763,826
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 1/10/2024 AL 15/10/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 3,063,789					
	TRES MILLONES SESENTA Y TRES MIL SETECIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS					

Miguel Archila

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MIGUEL ANGEL ARCHILA GOMEZ

C.C: **1,032,474,578**

CEL: **3204500135**

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	MIGUEL ANGEL ARCHILA GOMEZ
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1,032,474,578

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN ENFERMERIA 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 4224 2024		**FECHA INICIO CONTRATO**		19/06/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2,265,610				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 19,763,826		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 3,063,789
N° PAGO / N° DE INFORME:	4	**N° CRP INICIAL:**	31940	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	1936
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	4 MESES 16 DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9474902640		**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GSP PSPIC - EDUCATIVO				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	4	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				4	4
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**RP DE LA ADICIÓN:**	33710	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 5,998,204	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**RP DE LA ADICIÓN:**	35972	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,200,000	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**RP DE LA ADICIÓN:**	42464	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5,301,876	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**RP DE LA ADICIÓN:**	43690	**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:**	
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:**	
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:**	
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:**	
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 1/10/2024 al 15/10/2024

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: YOHNNY LIRIOLA HERNANDEZ GARCIA PERFIL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE GESTION

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 1032474578		ARCHILA GOMEZ MIGUEL ANGEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Av cra 30# 1-63	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3204500135	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	1000000915	9474902640	I	2024/10/18	2024/10/18	BANCO DE BOGOTA	0	$504,500

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)					$1,599,300	$255,900			$1,599,300	$200,000			$1,599,300	$9,600			$1,599,300	$39,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,599,300	$255,900			$1,599,300	$200,000			$1,599,300	$9,600			$1,599,300	$39,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,599,300	$255,900			$1,599,300	$200,000			$1,599,300	$9,600			$1,599,300	$39,000		$0	$0
1	CC 1032474578	ARCHILA MIGUEL	231001	30	$1,599,300	$255,900	EPS017	30	$1,599,300	$200,000	CCF24	30	$1,599,300	$9,600	14-7	30	$1,599,300	$39,000	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,599,300	$255,900			$1,599,300	$200,000			$1,599,300	$9,600			$1,599,300	$39,000		$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 1032474578		ARCHILA GOMEZ MIGUEL ANGEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Av cra 30# 1-63	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3204500135	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	1000000915	9474902640	I	2024/10/18	2024/10/18	BANCO DE BOGOTA	0	$504,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$255,900	$0	$0	$255,900
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$255,900	$0	$0	$255,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$39,000	$0	$0	$39,000
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$39,000	$0	$0	$39,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,600	$0	$0	$9,600
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$9,600	$0	$0	$9,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$200,000	$0	$0	$200,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$200,000	$0	$0	$200,000
TOTAL				1	$504,500	$0	$0	$504,500

2024/10/18 06:11 AM



Bienvenido(a), **MIGUEL ARCHILA GOMEZ**
Jueves 17 de Octubre de 2024, 08:24 PM
Código único CUS: 988946058

Motivo
Transacción en Billetera Tpaga pp-ac2c7d

Número de Aprobación
00946058

Fecha
17/10/2024

Dirección IP
186.85.216.27

Valor transacción
$504.500,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1
02

Referencia 2
9008365939

Referencia 3
6120

Esta transacción estará sujeta a verificación

Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2024.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA