| | | |
|---|---|---|
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E<br>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN<br>FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN | CÓDIGO: AP-IA-FT-077<br>VERSIÓN: 2<br>FECHA: 2024-09-16 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. Y | | | | | |
| KEVIN SANTIAGO LEAL DIAZ | | | | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: | 1,000,464,164 | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR VETERINARIO 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 5075 2024 | FECHA INICIO CONTRATO | 26/09/2024 | | |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | $ 2,004,134 | PLAZO INICIAL DEL CONTRATO | VEINTITRES (23) DIAS | | |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | $ 5,925,266 | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | $ 2,614,088 | | |
| N° DE INFORME: | 4 | N° CRP: | 42681 | N° CDP: | 2713 |
| PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS | 2 MESES 5 DIAS | | | | |
| UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | 6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO | | | | |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA<br>PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30 | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO: | 2 | TIPO DE MODIFICACIÓN | ADICIONES | 2 | PRORROGAS | 2 | |
| VALOR ADICIONADO | $ 2,614,088 | CDP DE LA ADICIÓN: | 3525 | CRP DE LA ADICIÓN: | 43790 | TIEMPO PRORROGADO: | 1 MES |
| VALOR ADICIONADO | $ 1,307,044 | CDP DE LA ADICIÓN: | 3954 | CRP DE LA ADICIÓN: | 47754 | 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: | |
| 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.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Atención oportuna de actividades asigandas en la linea de intervencion enfermedades de origen zoonotico y acciones de inspeccion, vigilancia y control de en las localidades vigiladas por la subred<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos Fisicos de palnillas de jornadas y actividad de barridos en los diferentes barrios y localidades para el mes certificado |
| 2 | 1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza entrega de respectivo cronograma<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Atención oportuna a las diferentes solicitudes por parte de la comunidad, GESAS y juntas de acción comunales, certificando el cumplimiento con las respectivas planillas realizadas |
| 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.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Atención oportuna de actividades asigandas en la linea de intervencion enfermedades de origen zoonotico y acciones de inspeccion, vigilancia y control de en las localidades vigiladas por la subred<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato respectivo del cronograma entregado en físico |
| 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.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Calidad de preauditoria a los soportes de planillas de vacunación antirrabicas para perros y gatos que se presentan a la auditoria<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Planillas de vacunación antirrabicas en físico para preauditoria y archivo |
| 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.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Apropiación de los lineamiento de la linea de enfermedades de origen zoonotico enviados por la secretaria distrital de salud<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Sociabilización y evaluación de los mismos |
| 6 | 1. OBLIGACIÓN: Realizar las visitas de inspección, vigilancia y control, desde su perfil, verificando el cumplimiento de las condiciones higiénicas y sanitarias descritas en la Ley 9 de 1979 y sus normas reglamentarias en los bienes y servicios a establecimientos objeto de la vigilancia Sanitaria y de las diferentes líneas de intervención de la vigilancia de la Salud Ambiental conforme a los lineamientos, anexos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Vacunación antirrábica para perros y gatos en las localidades de Rafael Uribe, San Cristobal, Antonio Nariño, Martires, Santa fe y Candelaria de acuerdo a los lineamientos establecidos desde nivel Central<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Planillas de vacunación antirrabicas en archivo central del área VSA para el mes certificado |
| 7 | 1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Apropiación de los lineamiento de la linea de enfermedades de origen zoonotico enviados por la secretaria distrital de salud<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Sociabilización y evaluación de los mismos |
| 8 | 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.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Segùn programación<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Planillas de asistencia y actas de reunión |

## V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| No. DE PLANILLA: | 9476762476 | OPERADOR: | APORTES EN LINEA |
|---|---|---|---|

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | NUEVA EPS | 18/11/2024 | $ 162,500 |
| PENSIÓN: | PORVENIR | 18/11/2024 | $ 208,000 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 18/11/2024 | $ 31,700 |
| OTRO | | | $ - |
| | TOTAL PAGADO | | $ 402,200 |

## 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 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 periodo correspondiente

Kevin Santiago Leal D.

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: KEVIN SANTIAGO LEAL DIAZ**
**CC: 1,000,464,164**
**CEL 3155591927**

| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E<br>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN<br>FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN | CÓDIGO: AP-IA-FT-014<br>VERSIÓN: 6<br>FECHA: 2024-09-16 |
|---|---|---|

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/11/2024**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | KEVIN SANTIAGO LEAL DIAZ | **CC:** | 1,000,464,164 |
| | | **RUT (NIT):** | 1000464164-1 |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | kevinlealdiaz01@gmail.com | **TELÉFONO:** | 3155591927 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | KR128 145 70 IN7 APT627 | **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 CAJA SOCIAL | **TIPO DE CUENTA:** | AHORROS | **N° CUENTA:** | 24120300903 |
| **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)**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº DEL CONTRATO:** | PS 5075 2024 | **N° CDP:** | 3525 - 3954 | **N°. RP:** | 43790<br>47754 | PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: 2 MESES 5 DIAS |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | 26/09/2024 | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | 1/12/2024 | | TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:<br>$ 5,925,266 |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | DEL 1/11/2024 AL 30/11/2024 | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)** | $ 2,614,088<br>DOS MILLONES SEISCIENTOS CATORCE MIL OCHENTA Y OCHO PESOS | | | | | |

Kevin Santiago Leal D.

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: KEVIN SANTIAGO LEAL DIAZ**

**CC:** **1,000,464,164**

**CEL:** **3155591927**

| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E<br>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN<br>FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION | CODIGO: AP IA FT 078<br>VERSIÓN: 2<br>FECHA: 2024 09 16 |
|---|---|---|

| CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y | |
|---|---|
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | KEVIN SANTIAGO LEAL DIAZ |
| **NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | 1,000,464,164 |

**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

| | |
|---|---|
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR VETERINARIO 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 5075 2024 | | | **FECHA INICIO CONTRATO** | 26/09/2024 |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 2,004,134 | | | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 5,925,266 | | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 2,614,088 |
| **N° PAGO / N° DE INFORME:** | 4 de 4 | **Nº CRP INICIAL:** | 42681 | **N° CDP INICIAL DEL CONTRATO** | 2713 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | 2 MESES 5 DIAS | | | | |
| **N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:** | 9476762476 | | | **OPERADOR:** | APORTES EN LINEA |
| **PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:** | GSP PSPIC - VSA | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | 6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA<br>PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30 | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| **N° DE MODIFICACIÓN:** | 2 | **TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):** | | | | ADICIÓN (2) | PRÓRROGA (2) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **VALOR ADICIONADO** | $ 2,614,088 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 3525 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 43790 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 1 MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 1,307,044 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 3954 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 47754 | **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:** | |
| **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)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nº 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 1/11/2024 al 30/11/2024

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

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:
LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA
CARGO:
PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
JAVIER RICARDO PEÑUELA PEREZ
PERFIL:
PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE GESTION

aportes en línea

# Planilla Resumen

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 1000464164 | | LEAL DIAZ KEVIN SANTIAGO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Carrera 128 # 145-70 | 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 |
| 2024-10 | 2024-10 | 1053703173 | 9476762476 | I | 2024/11/19 | 2024/11/18 | BANCO CAJA SOCIAL | 0 | $402,200 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | NOVEDADES | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombre | ingret tde tae tdp tap vsp cor vst sln ige lma vac avp vct irl vip | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Tarifa | Aporte | Dias | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| **SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | | $31,700 | | $0 | $0 | | $402,200 |
| **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 | | $402,200 |
| 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 | | $402,200 |
| 1 | CC | 1000464164 | LEAL KEVIN | 230301 | 30 | $1,300,000 | $208,000 | EPS037 | 30 | $1,300,000 | $162,500 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $1,300,000 | 2.436% | $31,700 | 0 | $0 | $0 | No | $402,200 |
| **Total Afiliados( 1)** | | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | | $31,700 | | $0 | $0 | | $402,200 |


| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 1000464164 | | LEAL DIAZ KEVIN SANTIAGO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Carrera 128 # 145-70 | 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 |
| 2024-10 | 2024-10 | 1053703173 | 9476762476 | I | 2024/11/19 | 2024/11/18 | BANCO CAJA SOCIAL | 0 | $402,200 |


**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $208,000 | $0 | $0 | $208,000 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $208,000 | $0 | $0 | $208,000 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $31,700 | $0 | $0 | $31,700 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $31,700 | $0 | $0 | $31,700 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $162,500 | $0 | $0 | $162,500 |
| NUEVA E.P.S. | EPS037 | 900,156,264 | 2 | 1 | $162,500 | $0 | $0 | $162,500 |
| **TOTAL** | | | | 1 | $402,200 | $0 | $0 | $402,200 |



2024/11/15 07:32 PM

# PSE Transacción Aprobada - CUS 1053703173 ✅

1 mensaje

:serviciopse@achcolombia.com.co>
Para: santillin513@gmail.com

vie, 15 nov 2024 a la hora 7:29 p. m.




## ¡Hola, Kevin Santiago Leal Diaz !

**Gracias por utilizar los servicios de BANCO CAJA SOCIAL y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:**

Estado de la Transacción: Aprobada
CUS: 1053703173
Empresa: APORTES EN LINEA
Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9476762476
Valor de la Transacción: $ 402.200
Fecha de Transacción: 15/11/2024

### Ten en cuenta estos tips de seguridad

- Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.
- Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.
- Procura cambiar tus contraseñas bancarias frencuentemente.