Secretaría Distrital 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					
ALBA LILIANA AHUMADA VALENTIN					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	52,062,403				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN TRABAJO SOCIAL 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 3947 2023		**FECHA INICIO CONTRATO**	27/03/2023	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4,311,304	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	UN (1) MES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 90,647,594		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 2,306,532
N° DE INFORME:	12	**N° CRP:**	10993	**N° CDP:**	626
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	1 AÑO(S) 6 MESES 20 DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE PROFESIONAL UNIVERSITARIO CÓDIGO 214 GRADO 27				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	18	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	18	**PRORROGAS**	16	
VALOR ADICIONADO	$ 5,541,599	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1161	**CRP DE LA ADICIÓN:**	18301	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,181,177	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1520	**CRP DE LA ADICIÓN:**	22294	**TIEMPO PRORROGADO:**	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,083,733	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1715	**CRP DE LA ADICIÓN:**	24802	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 9,677,406	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2106	**CRP DE LA ADICIÓN:**	30816	**TIEMPO PRORROGADO:**	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,638,135	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2800	**CRP DE LA ADICIÓN:**	37841	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4,613,064	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3417	**CRP DE LA ADICIÓN:**	40888	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,514,869	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3850	**CRP DE LA ADICIÓN:**	44979	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,777,838	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4129	**CRP DE LA ADICIÓN:**	50598	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,928,959	**CDP DE LA ADICIÓN:**	211	**CRP DE LA ADICIÓN:**	10372	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 3,860,934	**CDP DE LA ADICIÓN:**	399	**CRP DE LA ADICIÓN:**	15130	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 4,613,064	**CDP DE LA ADICIÓN:**	489	**CRP DE LA ADICIÓN:**	17877	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 6,919,596	**CDP DE LA ADICIÓN:**	892	**CRP DE LA ADICIÓN:**	19841	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,613,064	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1322	**CRP DE LA ADICIÓN:**	26601	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 4,613,064	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1712	**CRP DE LA ADICIÓN:**	30601	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,613,064	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**CRP DE LA ADICIÓN:**	34686	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 6,920,596	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38428	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,613,064	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**CRP DE LA ADICIÓN:**	41772	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4,613,064	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**CRP DE LA ADICIÓN:**	44007	**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:**	

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: Activacion de rutas- Participacion en la Reunion de Equipo GPAISP 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): soporte en drive y listado de la reunion virtual
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Envio de cronograma y actualizacion del mismo según actividades del mes siguiente 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Envío mensual a través de correo electronico a la coordinacion de GPAISP
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: Participación en asistencias técnicas convocadas desde SDS(CAPACITACIONES, COMITES, SEGUIMIENTOS Y CRUCES) diligenciamiento plan de acción, Informe mensual, diligenciamiento Cconvenio 1186, indicadores, envio y reporte de informes y bases de acuerdo a requerimiento 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas y listados de asistencia, actualizacion matriz 1186 en DRIVE, correos electronicos
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: Asistencia Técnica a IPS públicas y Privadas de acuerdo a los establecido en en el Documento operativo (4 San Cristobal y 1 Candelaria). Se realizaran 8 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta con listado de asistencia enviado a los correos electrónicos de las IPS o pantallazo de la asistencia virtual.
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: Revisión de lineamientos conforme a los establecido en alistamiento de auditoria de manera mensual (se revisa el mes anterior). 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta y listado de socialización
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: Se realizan asesorias integrales y técnicas extramurales e intramurales de acuerdo a su perfil profesional y De acuerdo a lo establecido en lineamiento operativo se realizan acciones, 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta y listados en medio fisico y/O magnetico
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: De acuerdo a lo establecido en lineamiento operativo se realizan acciones, asesorias integrales de promocion y prevencion a personas afectadas por tuberculosis, sus falimias (visitas Domiciliarias) comunidades y entornos asi como tambien en IPS Públicas y Privadas. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Bases magneticas
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 canalizan con trabajo Social para movilizacion social - De acuerdo a lo establecido en lineamiento operativo se realizan acciones, asesorias integrales de promocion y prevencion a personas afectadas por tuberculosis, sus falimias, comunidades y entornos asi como tambien en IPS Públicas y Privadas. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soporte en correos electronicos
9	1. OBLIGACIÓN: Activar y notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Recomendaciones Y Vacunacion COVID-De acuerdo a lo establecido en lineamiento operativo se realizan acciones, asesorias integrales y técnicas a IPS Públicas Y Privadas 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Bases magneticas
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: Mensualmente O bimensualmente se realiza seguimiento a casos en las IPS públicas y privadas, en donde se verifica el seguimiento al tratamiento, diligenciamiento de tarjetas y retroalimentación, la estrategia adoptada por la unidad y necesidad en particular de barreras de acceso para agilizar y poner en conocimiento a las EAPB. Diligenciamiento de paraclinicos pendientes de las IPS en las bases de Diagnostico.
11	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se articulan capacitaciones para personal de salud de manera Mensual se realiza seguimiento a casos en las IPS públicas y privadas, en donde se verifica el seguimiento al tratamiento, diligenciamiento de tarjetas y retroalimentación y la estrategia adoptada por la unidad. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta y listados o pantallazos se asistencia
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 envian informes mensuales, bases, tarjetas de tratamiento, se responden correos con informacion solicitada y seguimientos de acuerdo a lo estipulado en lineamiento tecnico operativo 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta y listados o pantallazos se asistencia y tarjetas de tratamiento en medio fisico y magnetico, correos electronicos

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9472894232	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	SANITAS	9/06/2024	$ 500,000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	9/06/2024	$ 640,000
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	9/06/2024	$ 97,500
OTRO	CCF COMPENSAR	9/06/2024	$ 24,000
	TOTAL PAGADO		**$ 1,261,500**

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

Liliana ahumada

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ALBA LILIANA AHUMADA VALENTIN
CC: 52.062.403
CEL 3183686054

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:	ALBA LILIANA AHUMADA VALENTIN	**CC:**	52,062,403
		RUT (NIT):	52062403-1
CORREO ELECTRÓNICO:	lilianaahumadavalentin@gmail.com	**TELÉFONO:**	3183686054
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 2 22 16 CASA 56 FUNZA	**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				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**N° CUENTA:**	0570004870387927

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	PS 3947 2023	**N° CDP:**	3525	**N°. RP:**	44002	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :1 AÑO(S) 6 MESES 20 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	27/03/2023	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		15/11/2024		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 90,647,594
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 17/10/2024 AL 31/10/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 2,306,532					
	DOS MILLONES TRESCIENTOS SEIS MIL QUINIENTOS TREINTA Y DOS PESOS					

Liliana ahumada

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ALBA LILIANA AHUMADA VALENTIN

C.C: **52,062,403**
CEL: **3183686054**

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** **FECHA: 2024-09-16**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA	ALBA LILIANA AHUMADA VALENTIN				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	52,062,403				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN TRABAJO SOCIAL 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 3947 2023		**FECHA INICIO CONTRATO**	27/03/2023	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4,311,304				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 90,647,594		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2,306,532	
N° PAGO / N° DE INFORME:	12	**N° CRP INICIAL:**	10993	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	626
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	1 AÑO(S) 6 MESES 20 DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9472894232		**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GSP PSPIC - GPAISP				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE PROFESIONAL UNIVERSITARIO CÓDIGO 214 GRADO 27				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° DE MODIFICACIÓN:	18	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				18	16
VALOR ADICIONADO	$ 5,541,599	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1161	**RP DE LA ADICIÓN:**	18301	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,181,177	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1520	**RP DE LA ADICIÓN:**	22294	**TIEMPO PRORROGADO:**	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,083,733	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1715	**RP DE LA ADICIÓN:**	24802	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 9,677,406	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2106	**RP DE LA ADICIÓN:**	30816	**TIEMPO PRORROGADO:**	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,638,135	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2800	**RP DE LA ADICIÓN:**	37841	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4,613,064	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3417	**RP DE LA ADICIÓN:**	40888	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,514,869	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3850	**RP DE LA ADICIÓN:**	44979	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,777,838	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4129	**RP DE LA ADICIÓN:**	50598	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,928,959	**CDP DE LA ADICIÓN:**	211	**RP DE LA ADICIÓN:**	10372	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 3,860,934	**CDP DE LA ADICIÓN:**	399	**RP DE LA ADICIÓN:**	15130	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 4,613,064	**CDP DE LA ADICIÓN:**	489	**RP DE LA ADICIÓN:**	17877	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 6,919,596	**CDP DE LA ADICIÓN:**	892	**RP DE LA ADICIÓN:**	19841	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,613,064	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1322	**RP DE LA ADICIÓN:**	26601	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 4,613,064	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1712	**RP DE LA ADICIÓN:**	30601	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,613,064	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**RP DE LA ADICIÓN:**	34686	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 6,920,596	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**RP DE LA ADICIÓN:**	38428	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,613,064	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**RP DE LA ADICIÓN:**	41772	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES

VALOR ADICIONADO	$ 4,613,064	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**RP DE LA ADICIÓN:**	44002	**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:**	

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 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:
LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE
CARGO:
PROFESIONAL UNIVERSITARIO CÓDIGO 214 GRADO 27

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
ENYD MARCELA MUNOZ ZAPATA
PERFIL:
PROFESIONAL ESPECIALIZADO 4

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 52062403		AHUMADA VALENTIN ALBA LILIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 2 # 21-55 Torre 11 Apt 101	FUNZA-CUNDINAMARCA	6594187	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	895974879	9472894232	I	2024/10/02	2024/09/06	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,261,500

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)					$4,000,000	$640,000			$4,000,000	$500,000			$4,000,000	$24,000			$4,000,000	$97,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$4,000,000	$640,000			$4,000,000	$500,000			$4,000,000	$24,000			$4,000,000	$97,500		$0	$0
Ciudad: FUNZA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$4,000,000	$640,000			$4,000,000	$500,000			$4,000,000	$24,000			$4,000,000	$97,500		$0	$0
1	CC	52062403	AHUMADA ALBA	25-14	30	$4,000,000	$640,000	EPS005	30	$4,000,000	$500,000	CCF24	30	$4,000,000	$24,000	14-7	30	$4,000,000	$97,500	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$4,000,000	$640,000			$4,000,000	$500,000			$4,000,000	$24,000			$4,000,000	$97,500		$0	$0

2024/09/06 11:39 AM

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 52062403		AHUMADA VALENTIN ALBA LILIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 2 # 21-55 Torre 11 Apt 101	FUNZA-CUNDINAMARCA	6594187	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2024-09	2024-09	895974879	9472894232	I	2024/10/02	2024/09/06	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,261,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$640,000	$0	$0	$640,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$640,000	$0	$0	$640,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$97,500	$0	$0	$97,500
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$97,500	$0	$0	$97,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$24,000	$0	$0	$24,000
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$24,000	$0	$0	$24,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$500,000	$0	$0	$500,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$500,000	$0	$0	$500,000
TOTAL				1	$1,261,500	$0	$0	$1,261,500

2024/09/06 11:39 AM

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
895974879

Destino de pago
APORTES EN LINEA

Motivo
Pago de la Planilla de aportes con clave: 9472894232

Fecha
06/09/2024

Número de aprobación
00974879

Dirección IP
190.145.240.191

Valor transacción
$ 1.261.500,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
190.145.240.191	CC	52062403

VIGILADO Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017.

DAVIVIENDA