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						
ANDREA CAROLINA SALAS RODRIGUEZ						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1,018,422,114					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN INGENIERIA QUIMICA 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 4042 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:	$ 79,290,121		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1,999,068		
N° DE INFORME:	12	**N° CRP:**	11083	**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:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30					

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	18	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	18	**PRORROGAS**	16	
VALOR ADICIONADO	$ 4,541,361	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1161	**CRP DE LA ADICIÓN:**	18390	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1,890,423	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1520	**CRP DE LA ADICIÓN:**	22383	**TIEMPO PRORROGADO:**	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,672,667	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1715	**CRP DE LA ADICIÓN:**	24889	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 8,387,394	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2106	**CRP DE LA ADICIÓN:**	30904	**TIEMPO PRORROGADO:**	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,280,613	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2800	**CRP DE LA ADICIÓN:**	37925	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3417	**CRP DE LA ADICIÓN:**	40971	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,737,163	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3850	**CRP DE LA ADICIÓN:**	45062	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,408,882	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4129	**CRP DE LA ADICIÓN:**	50675	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,271,921	**CDP DE LA ADICIÓN:**	211	**CRP DE LA ADICIÓN:**	10449	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 3,346,266	**CDP DE LA ADICIÓN:**	399	**CRP DE LA ADICIÓN:**	15208	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	489	**CRP DE LA ADICIÓN:**	17955	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5,997,204	**CDP DE LA ADICIÓN:**	892	**CRP DE LA ADICIÓN:**	19918	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1322	**CRP DE LA ADICIÓN:**	26676	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1712	**CRP DE LA ADICIÓN:**	30670	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**CRP DE LA ADICIÓN:**	34754	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 6,457,971	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38495	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**CRP DE LA ADICIÓN:**	41838	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**CRP DE LA ADICIÓN:**	44067	**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: Se desarrollaron intervenciones desde el proyecto de Autorregulación de perfil profesional en las localidades asignadas. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos Fisicos de diligencia de IVC en archivo central del área VSA y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA D.C para el mes certificado.
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Las actividades desarrolladas se programan de acuerdo al censo establecido y direccionado por la Secretaria Distrital de Salud, alimentado de manera diaria y de cuerdo a los establecido por el lider de linea. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Censo establecido y direccionado por Secretaria Distrital de Salud.
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: Se presentaron las actas y formatos diligenciados correspondientes al mes. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos fisicos de IVC en archivo central del área VSA y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA DC para el mes certificado.
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: Apoyo de actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Se presentan soportes de manera oportuna, completa, ordenada y legible
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: Apropiación conceptual de los lineamientos tecnicos enviados desde nivel central de la SDS y reinducciones direccionadas desde la linea de intervencion. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta en poder de la líder de la linea seguridad química y el programa de autorregulación de la localidades asignadas
6	1. OBLIGACIÓN: Realizar las visitas de inspección, vigilancia y control, desde su perfil profesional, 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 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se desarrollaron intervenciones desde el proyecto de Autorregulación de perfil profesional en las localidades asignadas. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato fisicos de diligencia de IVC en archivo central del área VSA y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA DC para el mes certificado.
7	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documentada 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Desarrollo de actiades de archivo y pre-auditoria del mes correspondiente 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soportes debidamente organizados para procesos de auditoria del mes correspondiente
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 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar obligaciones asignadas 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Se presentan soportes de manera oportuna, completa, ordenada y legible

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	7941250968	**OPERADOR:**	SOI

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	17/10/2024	$ 200,000
PENSIÓN:	PROTECCION	17/10/2024	$ 255,900
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	17/10/2024	$ 39,000
OTRO	CCF COLSUBSIDIO	17/10/2024	$ 32,000
	TOTAL PAGADO		**$ 526,900**

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

Carolina Salas R

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ANDREA CAROLINA SALAS RODRIGUEZ
CC: 1.018.422.114
CEL 3148795383

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

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/10/2024

NOMBRES Y APELLIDOS:	ANDREA CAROLINA SALAS RODRIGUEZ	**CC:**	1,018,422,114
		RUT (NIT):	1018422114-9
CORREO ELECTRÓNICO:	andrec.salas@gmail.com	**TELÉFONO:**	3148795383
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TV 4A 14 22	**CIUDAD:**	SIBATÉ

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 BBVA				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**N° CUENTA:**	0294126503

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

N° DEL CONTRATO:	PS 4042 2023	**N° CDP:**	3170	**N°. RP:**	41838	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :1 AÑO(S) 6 MESES 20 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	27/03/2023	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		15/10/2024		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 79,290,121
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 1/10/2024 AL 15/10/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 1,999,068					
	UN MILLÓN NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL SESENTA Y OCHO PESOS					

Carolina Salas R

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ANDREA CAROLINA SALAS RODRIGUEZ

C.C: **1,018,422,114**

CEL: **3148795383**

	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	ANDREA CAROLINA SALAS RODRIGUEZ
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1,018,422,114

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN INGENIERIA QUIMICA 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 4042 2023			**FECHA INICIO CONTRATO**	27/03/2023
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4,311,304				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 79,290,121			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1,999,068
N° PAGO / N° DE INFORME:	12	**N° CRP INICIAL:**	11083	**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:	7941250968		**OPERADOR:**	SOI	
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 PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	18	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				18	16
VALOR ADICIONADO	$ 4,541,361	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1161	**RP DE LA ADICIÓN:**	18390	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1,890,423	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1520	**RP DE LA ADICIÓN:**	22383	**TIEMPO PRORROGADO:**	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,672,667	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1715	**RP DE LA ADICIÓN:**	24889	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 8,387,394	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2106	**RP DE LA ADICIÓN:**	30904	**TIEMPO PRORROGADO:**	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,280,613	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2800	**RP DE LA ADICIÓN:**	37925	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3417	**RP DE LA ADICIÓN:**	40971	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,737,163	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3850	**RP DE LA ADICIÓN:**	45062	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,408,882	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4129	**RP DE LA ADICIÓN:**	50675	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,271,921	**CDP DE LA ADICIÓN:**	211	**RP DE LA ADICIÓN:**	10449	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 3,346,266	**CDP DE LA ADICIÓN:**	399	**RP DE LA ADICIÓN:**	15208	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	489	**RP DE LA ADICIÓN:**	17955	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5,997,204	**CDP DE LA ADICIÓN:**	892	**RP DE LA ADICIÓN:**	19918	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1322	**RP DE LA ADICIÓN:**	26676	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1712	**RP DE LA ADICIÓN:**	30670	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**RP DE LA ADICIÓN:**	34754	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 6,457,971	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**RP DE LA ADICIÓN:**	38495	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**RP DE LA ADICIÓN:**	41838	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES

VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**RP DE LA ADICIÓN:**	44067	**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)

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: JAVIER RICARDO PEÑUELA PEREZ PERFIL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE GESTION

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

BBVA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1018422114
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANDREA CAROLINA SALAS RODRIGUEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	SIBATE	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
DIRECCIÓN:	TRSV 4A N14 22	TELÉFONO:	7250470
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7941250968		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES septiembre AÑO 2024		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES septiembre AÑO	2024
DÍAS DE MORA:	14				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/10/17		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		987371799

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 255.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.600	$ 0	$ 255.900	$ 2.600	$ 258.500
SUBTOTALES:										**$ 255.900**	**$ 2.600**	**$ 258.500**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 200.000	$ 0	$ 2.100	$ 0	$ 200.000	$ 2.100	$ 0	$ 202.100
SUBTOTALES:													**$ 200.000**	**$ 2.100**	**$ 0**	**$ 202.100**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 39.000	$ 39.000	$ 400	$ 0	$ 39.400
SUBTOTALES:									**$ 39.000**	**$ 400**	**$ 0**	**$ 39.400**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF22	CCF22-COLSUBSIDIO	1	$ 32.000	$ 400	$ 32.400
SUBTOTALES:			**$ 32.000**	**$ 400**	**$ 32.400**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES					
																										PENSIÓN								SALUD						ARP													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTES	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1018422114	SALAS RODRIGUEZ ANDREA CAROLINA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 1.949.472				NO								01-30										230201-PROTECCION	30	$ 1.599.255	$ 255.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 255.900	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.599.255	$ 200.000	$ 0	$ 200.000	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1.599.255	101842211	$ 39.000	30	$ 1.599.255	SCCF22-COLSUBSIDIO	$ 32.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 532.400**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

BBVA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1018422114
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANDREA CAROLINA SALAS RODRIGUEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	SIBATE	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
DIRECCIÓN:	TRSV 4A N14 22	TELÉFONO:	7250470
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	7941250968	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES: septiembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES: septiembre		
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2024	SALUD:	AÑO: 2024		
DÍAS DE MORA:	14				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/10/17	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	987371799		

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
							X									

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	1	$ 258.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 258.500**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 202.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 202.100**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860007336	CCF22	CCF22-COLSUBSIDIO	1	$ 32.400
		SUBTOTAL:	1	**$ 32.400**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860002503	14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1	$ 39.400
		SUBTOTAL:	1	**$ 39.400**

VALOR SIN MORA:	**$ 526.900**
VALOR MORA:	**$ 5.500**
TOTAL PAGADO:	**$ 532.400**

Listo

Finalizaste tu pago

BBVA

Pago exitoso

$532.400,00

17 oct, 2024--10:09:40 AM

Producto o servicio	Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisa SOI ACH
Pagaste con	Cuenta de Ahorros *6503
Código de confirmación (CUS)	987371799
IP	181.59.3.54

Volver al comercio

Imprimir comprobante