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 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					
LUZ ANGELA RODRIGUEZ MAYORGA					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	35,421,159				
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 3940 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:**	10986	**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:**	18294	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,181,177	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1520	**CRP DE LA ADICIÓN:**	22287	**TIEMPO PRORROGADO:**	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,083,733	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1715	**CRP DE LA ADICIÓN:**	24795	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 9,677,406	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2106	**CRP DE LA ADICIÓN:**	30809	**TIEMPO PRORROGADO:**	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,638,135	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2800	**CRP DE LA ADICIÓN:**	37834	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4,613,064	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3417	**CRP DE LA ADICIÓN:**	40881	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,514,869	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3850	**CRP DE LA ADICIÓN:**	44972	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,777,838	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4129	**CRP DE LA ADICIÓN:**	50591	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,928,959	**CDP DE LA ADICIÓN:**	211	**CRP DE LA ADICIÓN:**	10365	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 3,860,934	**CDP DE LA ADICIÓN:**	399	**CRP DE LA ADICIÓN:**	15123	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 4,613,064	**CDP DE LA ADICIÓN:**	489	**CRP DE LA ADICIÓN:**	17870	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 6,919,596	**CDP DE LA ADICIÓN:**	892	**CRP DE LA ADICIÓN:**	19834	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,613,064	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1322	**CRP DE LA ADICIÓN:**	26594	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 4,613,064	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1712	**CRP DE LA ADICIÓN:**	30596	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,613,064	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**CRP DE LA ADICIÓN:**	34681	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 6,920,596	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38423	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,613,064	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**CRP DE LA ADICIÓN:**	41768	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4,613,064	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**CRP DE LA ADICIÓN:**	43998	**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.
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:	1067372288	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	17/10/2024	$ 230,700
PENSIÓN:	COLPENSIONES	17/10/2024	$ 295,300
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	17/10/2024	$ 45,000
OTRO			$ -
	TOTAL PAGADO		$ 571,000

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

Luz Angela Rodriguez

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LUZ ANGELA RODRIGUEZ MAYORGA
CC: 35,421,159
CEL 3208914474

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:	LUZ ANGELA RODRIGUEZ MAYORGA	**CC:**	35,421,159
		RUT (NIT):	35421159-6
CORREO ELECTRÓNICO:	luan-241@hotmail.com	**TELÉFONO:**	3208914474
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 147 14-42	**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:**	4870238831

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

N° DEL CONTRATO:	PS 3940 2023	**N° CDP:**	3525	**N°. RP:**	43998	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					

Luz angela Rodriguez

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LUZ ANGELA RODRIGUEZ MAYORGA

C.C: **35,421,159**
CEL: **3208914474**

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	LUZ ANGELA RODRIGUEZ MAYORGA
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	35,421,159

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 3940 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:**	10986	**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:	1067372288		**OPERADOR:**	SIMPLE	
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:**	18294	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,181,177	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1520	**RP DE LA ADICIÓN:**	22287	**TIEMPO PRORROGADO:**	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,083,733	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1715	**RP DE LA ADICIÓN:**	24795	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 9,677,406	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2106	**RP DE LA ADICIÓN:**	30809	**TIEMPO PRORROGADO:**	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,638,135	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2800	**RP DE LA ADICIÓN:**	37834	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4,613,064	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3417	**RP DE LA ADICIÓN:**	40881	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,514,869	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3850	**RP DE LA ADICIÓN:**	44972	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,777,838	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4129	**RP DE LA ADICIÓN:**	50591	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,928,959	**CDP DE LA ADICIÓN:**	211	**RP DE LA ADICIÓN:**	10365	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 3,860,934	**CDP DE LA ADICIÓN:**	399	**RP DE LA ADICIÓN:**	15123	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 4,613,064	**CDP DE LA ADICIÓN:**	489	**RP DE LA ADICIÓN:**	17870	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 6,919,596	**CDP DE LA ADICIÓN:**	892	**RP DE LA ADICIÓN:**	19834	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,613,064	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1322	**RP DE LA ADICIÓN:**	26594	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 4,613,064	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1712	**RP DE LA ADICIÓN:**	30596	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,613,064	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**RP DE LA ADICIÓN:**	34681	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 6,920,596	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**RP DE LA ADICIÓN:**	38423	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,613,064	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**RP DE LA ADICIÓN:**	41768	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES

VALOR ADICIONADO	$ 4,613,064	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**RP DE LA ADICIÓN:**	43998	**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 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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-10-17, 08:51:35 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1067372288

Periodo Cotización: septiembre de 2024 **Periodo Servicio:** septiembre de 2024

PAGADO 17/10/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LUZ ANGELA RODRIGUEZ MAYORGA		
Documento	CC35421159	**Dirección**	CRA 54D NO 187 43 BLOQUE 5
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	6031306
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 35421159	LUZ ANGELA RODRIGUEZ MAYORGA	59	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.845.226	$ 295.300	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.845.226	$ 230.700	2,436	$ 1.845.226	$ 45.000	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 571.000

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.845.226	$ 1.845.226	$ 1.845.226	$ 0	$ 295.300	$ 230.700	$ 45.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 571.000	$ 1.300	$ 572.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

DAVIVIENDA

BANCO DAVIVIENDA S.A.

CERTIFICA:

Que **YURANNY LISBETH**, quien se identifica con **Cédula de ciudadanía** No. **1032374492** y es titular de la cuenta terminada en ****2583** , realizó el siguiente pago a través de :

Fecha del pago	Valor	Destino	Factura - Referencia	Número de Autorización
17/10/2024	$ 572.300,00	SIMPLE OI	989000412	89000412

Se expide en Bogotá, el 17-10-2024.

Atentamente,

BANCO DAVIVIENDA S.A.

Banco Davivienda S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA