	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

DANNA JETSEYN HERRERA CASTELLANOS

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1,233,504,328				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO EN SANEAMIENTO 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 6725 2023	**FECHA INICIO CONTRATO**	18/10/2023		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 1,829,862	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	VEINTIUN (21) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 35,160,704	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2,614,088		
N° DE INFORME:	13	**N° CRP:**	39878	**N° CDP:**	3043
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	1 AÑO 1 MES 13 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:	13	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	13	**PRORROGAS**	11	
VALOR ADICIONADO	$ 1,936,579	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3850	**CRP DE LA ADICIÓN:**	45888	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1,578,453	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4129	**CRP DE LA ADICIÓN:**	51537	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,793,096	**CDP DE LA ADICIÓN:**	211	**CRP DE LA ADICIÓN:**	11306	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 2,187,878	**CDP DE LA ADICIÓN:**	399	**CRP DE LA ADICIÓN:**	16084	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 2,614,088	**CDP DE LA ADICIÓN:**	489	**CRP DE LA ADICIÓN:**	18760	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,921,132	**CDP DE LA ADICIÓN:**	892	**CRP DE LA ADICIÓN:**	20721	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,614,088	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1322	**CRP DE LA ADICIÓN:**	27440	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 2,614,088	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1712	**CRP DE LA ADICIÓN:**	31302	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,614,088	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**CRP DE LA ADICIÓN:**	35371	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 3,922,132	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**CRP DE LA ADICIÓN:**	39089	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,614,088	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**CRP DE LA ADICIÓN:**	42398	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,614,088	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**CRP DE LA ADICIÓN:**	44532	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1,307,044	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3954	**CRP DE LA ADICIÓN:**	48509	**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:**	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X
Nº 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 sgún convenio PSPIC y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se desarrollaron visitas de inspeccion, vigilancia y control de perfil tecnico en las localidades asignadas 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos fisicos IVC en archivo central del area VSA y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA DC 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 priorizando y direccionado por la Secretaria Distrital de Salud, alimentado de manera diaria y de acuerdo a lo establecido por el lider 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Censo priorizado y direccionado por Secretaria Distrital de Salud
3	1. OBLIGACIÓN: Apoyar la prestacion de servicios en el Plan de Intervenciones 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se presentaron las actas y formatos diligenciados correspondientes al mes 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos fisicos IVC en archivo central del area 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): Formatos fisicos IVC en archivo central del area VSA y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA DC para el mes certificado
5	1. OBLIGACIÓN: Realizar apropiación conceptualdesde 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 el nivel central de la SDS y reinduciones direccionadas desde la línea de intervención 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta en poder del lider de la linea de alimentos sanos y seguros
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 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizan visitas de IVC a: 15 Panaderías, cafeterías, fruterias, 17 Expendios de Licores, 17 Expendios minoristas, 4 Establecimientos terminados, 4 vehiculos transportadores de carne, 2 Operativos de alimentos, 4 supermercados intermedios 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos fisicos IVC en archivo central del area 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 documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Soportes entregados de acuerdo a las politicas de gestion documental establecidos desde la Subred. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos fisicos IVC en archivo central del area VSA y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA DC para el mes certificado
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: Actividades asignadas desde el componente de vigilancia de la salud ambiental 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos fisicos IVC en archivo central del area VSA y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA DC para el mes certificado

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	1067348198	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	15/11/2024	$ 162,500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	15/11/2024	$ 208,000
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	15/11/2024	$ 31,700
OTRO			$ -
	TOTAL PAGADO		**$ 402,200**

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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 período correspondiente

Danna Herrera C.

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: DANNA JETSEYN HERRERA CASTELLANOS
CC: 1,233,504,328
CEL 3142031050

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 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: 30/11/2024			
NOMBRES Y APELLIDOS:	DANNA JETSEYN HERRERA CASTELLANOS	**CC:**	1,233,504,328
		RUT (NIT):	1233504328-0
CORREO ELECTRÓNICO:	dannaherrerac@gmail.com	**TELÉFONO:**	3142031050
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 13 SUR 6 76 ESTE	**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 DAVIVIENDA				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**N° CUENTA:**	0550488441430151

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	PS 6725 2023	**N° CDP:**	3525-3954	**N°. RP:**	44532 48504	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: 1 AÑO 1 MES 13 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	18/10/2023	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		1/12/2024		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 35,160,704
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 1/11/2024 AL 30/11/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 2,614,088 DOS MILLONES SEISCIENTOS CATORCE MIL OCHENTA Y OCHO PESOS					

Danna Herrera C.

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: DANNA JETSEYN HERRERA CASTELLANOS

CC: **1,233,504,328**

CEL: **3142031050**

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	DANNA JETSEYN HERRERA CASTELLANOS				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1,233,504,328				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO EN SANEAMIENTO 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 6725 2023		**FECHA INICIO CONTRATO**	18/10/2023	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 1,829,862				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 35,160,704		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2,614,088	
N° PAGO / N° DE INFORME:	13 de 13	**N° CRP INICIAL:**	39878	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	3043
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	1 AÑO 1 MES 13 DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1067348198		**OPERADOR:**	SIMPLE	
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:	13	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICIÓN (13)	PRÓRROGA (11)
VALOR ADICIONADO	$ 1,936,579	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3850	**RP DE LA ADICIÓN:**	45888	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1,578,453	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4129	**RP DE LA ADICIÓN:**	51537	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,793,096	**CDP DE LA ADICIÓN:**	211	**RP DE LA ADICIÓN:**	11306	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 2,187,878	**CDP DE LA ADICIÓN:**	399	**RP DE LA ADICIÓN:**	16084	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 2,614,088	**CDP DE LA ADICIÓN:**	489	**RP DE LA ADICIÓN:**	18760	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,921,132	**CDP DE LA ADICIÓN:**	892	**RP DE LA ADICIÓN:**	20721	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,614,088	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1322	**RP DE LA ADICIÓN:**	27440	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 2,614,088	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1712	**RP DE LA ADICIÓN:**	31302	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,614,088	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**RP DE LA ADICIÓN:**	35371	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 3,922,132	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**RP DE LA ADICIÓN:**	39089	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,614,088	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**RP DE LA ADICIÓN:**	42398	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,614,088	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**RP DE LA ADICIÓN:**	44532	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1,307,044	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3954	**RP DE LA ADICIÓN:**	48509	**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:**	

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 1/11/2024 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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-11-18, 08:38:38 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1067348198

Periodo Cotización: octubre de 2024 **Periodo Servicio:** octubre de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8810166998

PAGADO 15/11/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DANNA JETSEYN HERRERA CASTELLANOS		
Documento	CC1233504328	**Dirección**	CL 13 SUR #6 - 76 ESTE
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3142031050
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	SEGUROS BOLIVAR

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
:C 1233504328	DANNA JETSEYN HERRERA CASTELLANOS	59	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 1.300.000	$ 162.500	2,436	$ 1.300.000	$ 31.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.200

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
$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 0	$ 208.000	$ 162.500	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.200	$ 3.000	$ 405.200

Ajusta

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.

TRANSACCIÓN APROBADA

Comprobante de la transacción

Referencia / PIN

8810166998

Periodo de cotización

202410

Numero aprobación (CUS)

1054030662

Banco

BANCO DAVIVIENDA

Valor pagado

$ 405.200

Fecha de pago

2024-11-15 21:25:24.0

Respuesta

¡Tu pago ha sido aprobado!

Descargar Comprobante

NUEVO PAGO