	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					
JAIME RODRIGUEZ MAYORGA					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	79.662.118				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO EN SISTEMAS 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 4565 2023	**FECHA INICIO CONTRATO**	27/03/2023		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.443.152	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	UN (1) MES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 51.385.098	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.307.044		
N° DE INFORME:	12	**N° CRP:**	11567	**N° CDP:**	626
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	1 AÑO(S) 6 MESES 20 DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6BH CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 29				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	18	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	18	**PRORROGAS**	16	
VALOR ADICIONADO	$ 3.140.199	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1161	**CRP DE LA ADICIÓN:**	18880	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.236.009	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1520	**CRP DE LA ADICIÓN:**	22860	**TIEMPO PRORROGADO:**	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 1.747.461	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1715	**CRP DE LA ADICIÓN:**	25356	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 5.483.902	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2106	**CRP DE LA ADICIÓN:**	31371	**TIEMPO PRORROGADO:**	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.628.295	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2800	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38372	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.614.088	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3417	**CRP DE LA ADICIÓN:**	41402	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.004.773	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3850	**CRP DE LA ADICIÓN:**	45460	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.578.453	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4129	**CRP DE LA ADICIÓN:**	51087	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.793.096	**CDP DE LA ADICIÓN:**	211	**CRP DE LA ADICIÓN:**	10859	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 2.187.878	**CDP DE LA ADICIÓN:**	399	**CRP DE LA ADICIÓN:**	15617	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 2.614.088	**CDP DE LA ADICIÓN:**	489	**CRP DE LA ADICIÓN:**	18345	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.921.132	**CDP DE LA ADICIÓN:**	892	**CRP DE LA ADICIÓN:**	20305	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.614.088	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1322	**CRP DE LA ADICIÓN:**	27049	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 2.614.088	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1712	**CRP DE LA ADICIÓN:**	30994	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.614.088	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**CRP DE LA ADICIÓN:**	35073	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 3.922.132	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38809	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.614.088	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**CRP DE LA ADICIÓN:**	42139	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.614.088	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**CRP DE LA ADICIÓN:**	44313	**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: "Las actividades y productos relacionados en la obligación 2 del contrato. 1.Velar por la administración y custodia del archivo de gestión. 2. Brindar soporte para la ejecución de actividades derivadas de la coordinacion del area de Vigilancia Epidemiologia. 3. Participar en la reunion de area de Epidemiologia 4. Administracion AGILSALUD, 5.Velar por la eficiente implementacion de la gestion documental. "
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Entrega del Plan de Trabajo de Ejecucion de la OPS del mes de Septiembre 2024 Trabajado y Cronograma Octubre 2024 Proyectado 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2024$\250_46_8_PRODUCTOS_GESTION\23. CRONOG_MES_A_MES
3	1. OBLIGACIÓN: Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes que se solicite conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: "1.Realizacion Backup Sivigila 2024 2.Recepcionar, validar, digitalizar y organizar en su respectiva carpeta los cronogramas de actividades del talento humano. 3.Realizar informe de archivo mensual, realizando la transferencia del mismo de forma anual 4. Recepcionar las peticiones por AGILSALUD y velar por que se de respuesta en los tiempos especificos. 5. Depuracion Correos Institucionales 6.Realizar apoyo a la coordinacion de Epidemiologia presentacion de Auditoria 7.Depuracion Correos Institucionales" 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2024$\250_46_8_PRODUCTOS_GESTION\23. CRONOG_MES_A_MES https://agilsalud.subredcentrooriente.gov.co/Inbox/BandejaPendientes
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: Soporte tecnico equipos computo Epidemiologia, Realizacion Backup Semanal Sivigila 2024 apoyo tecnico areas comunes oficina Epidemiologia, Reunion Virtual Area Epidemiologia,Depuracion Servidor Epidemiologia 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2024$\250_46_8_PRODUCTOS_GESTION CORREO INSTITUCIONAL https://outlook.office.com/mail/
5	1. OBLIGACIÓN: Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: "Realizacion Backup Semanal Sivigila 2024 Soporte tecnico equipos computo Epidemiologia " 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2024$\250_46_8_PRODUCTOS_GESTION
6	1. OBLIGACIÓN: Digitar la información, depurar, administrar y consolidar las bases de datos, documentos e informes generados por las acciones o intervenciones de los entornos y procesos transversales, garantizando la calidad, oportunidad, integridad, consistencias y veracidad. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: 1.Velar por la administración y custodia del archivo Magnetico de epidemiologia en discos extraibles. 2. Brindar soporte para la solicitud de apoyo tecnico por medio de Mesa de Ayuda Vigilancia Epidemiologia.de la subred 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2024$ MESA DE AYUDA http://172.31.43.126/front/helpdesk.public.php
7	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: 1.Velar por la administración y custodia del archivo de gestión. 2. Administracion AGILSALUD, 3.Velar por la eficiente implementacion de la gestion documental. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2024$\250_46_8_PRODUCTOS_GESTION CORREO INSTITUCIONAL https://outlook.office.com/mail/
8	1. OBLIGACIÓN: Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Soporte tecnico equipos computo Epidemiologia,.Apoyo tecnico areas comunes oficina Epidemiologia,Recepcionar las peticiones por AGILSALUD y velar por que se de respuesta en los tiempos especificos. Depuracion Correos Institucionales 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2024$\250_46_8_PRODUCTOS_GESTION CORREO INSTITUCIONAL https://outlook.office.com/mail/
9	1. OBLIGACIÓN: 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: 3. PRODUCTO (EVIDENCIA):
10	1. OBLIGACIÓN: 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: 3. PRODUCTO (EVIDENCIA):
11	1. OBLIGACIÓN: 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: 3. PRODUCTO (EVIDENCIA):
12	1. OBLIGACIÓN: 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: 3. PRODUCTO (EVIDENCIA):

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	9473924427	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	FAMISANAR	30/09/2024	$	162.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	30/09/2024	$	208.000
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	30/09/2024	$	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 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

JAIME RODRIGUEZ M

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JAIME RODRIGUEZ MAYORGA
CC: 79.662.118
CEL 3134984138

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:	JAIME RODRIGUEZ MAYORGA	**CC:**	79.662.118
		RUT (NIT):	79662118-8
CORREO ELECTRÓNICO:	jacroma31@gmail.com	**TELÉFONO:**	3134984138
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 27 A SUR 4 25 ESTE	**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	**Nº CUENTA:**	08480337545

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

Nº DEL CONTRATO:	PS 4565 2023	**Nº CDP:**	3525	**Nº. RP:**	44313	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: $ 51.385.098
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 17/10/2024 AL 31/10/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 1.307.044					
	UN MILLÓN TRESCIENTOS SIETE MIL CUARENTA Y CUATRO PESOS					

JAIME RODRIGUEZ M

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JAIME RODRIGUEZ MAYORGA

C.C: **79.662.118**
CEL: **3134984138**

	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-1A-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	JAIME RODRIGUEZ MAYORGA
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	79.662.118

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO EN SISTEMAS 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 4565 2023			**FECHA INICIO CONTRATO**	27/03/2023
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.443.152				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 51.385.098			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.307.044
N° PAGO / N° DE INFORME:	12	**N° CRP INICIAL:**	11567	**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:	9473924427		**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GSP PSPIC - VSP				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6BH CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 29				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	18	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				18	16
VALOR ADICIONADO	$ 3.140.199	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1161	**RP DE LA ADICIÓN:**	18880	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.236.009	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1520	**RP DE LA ADICIÓN:**	22860	**TIEMPO PRORROGADO:**	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 1.747.461	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1715	**RP DE LA ADICIÓN:**	25356	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 5.483.902	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2106	**RP DE LA ADICIÓN:**	31371	**TIEMPO PRORROGADO:**	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.628.295	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2800	**RP DE LA ADICIÓN:**	38372	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.614.088	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3417	**RP DE LA ADICIÓN:**	41402	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.004.773	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3850	**RP DE LA ADICIÓN:**	45460	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.578.453	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4129	**RP DE LA ADICIÓN:**	51087	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.793.096	**CDP DE LA ADICIÓN:**	211	**RP DE LA ADICIÓN:**	10859	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 2.187.878	**CDP DE LA ADICIÓN:**	399	**RP DE LA ADICIÓN:**	15617	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 2.614.088	**CDP DE LA ADICIÓN:**	489	**RP DE LA ADICIÓN:**	18345	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.921.132	**CDP DE LA ADICIÓN:**	892	**RP DE LA ADICIÓN:**	20305	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.614.088	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1322	**RP DE LA ADICIÓN:**	27049	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 2.614.088	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1712	**RP DE LA ADICIÓN:**	30994	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.614.088	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**RP DE LA ADICIÓN:**	35073	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 3.922.132	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**RP DE LA ADICIÓN:**	38809	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.614.088	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**RP DE LA ADICIÓN:**	42139	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES

VALOR ADICIONADO	$ 2.614.088	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**RP DE LA ADICIÓN:**	44313	**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:
MARIA CRISTINA DUARTE GARZON
CARGO:
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 29

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 79662118		RODRIGUEZ MAYORGA JAIME	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 27 A SUR # 4-25 ESTE APART 403	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3670847	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	20240928102118080020	9473924427	I	2024/10/04	2024/09/30	BANCO AV VILLAS	0	$402,200

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)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
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
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
1	CC 79662118	RODRIGUEZ JAIME	25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-7	30	$1,300,000	$31,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0

2024/09/28 10:21 AM

PS-45651-2023

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 79662118		RODRIGUEZ MAYORGA JAIME	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 27 A SUR # 4-25 ESTE APART 403	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3670847	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	20240928102118080020	9473924427	I	2024/10/04	2024/09/30	BANCO AV VILLAS	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
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$0	$0	$31,700
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$31,700	$0	$0	$31,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$402,200	$0	$0	$402,200

2024/09/28 10:21 AM

Banco AV Villas

COMPROBANTE PAGO DE PLANILLA ASISTIDA PILA

Número de identificación del Aportante / Pin Único	Valor a Pagar $:
79'662118	402.200=

Si usted va a realizar el pago con el número de Planilla, diligencie esta sección:

PAGO CON NÚMERO DE PLANILLA

Número de Planilla: 9473924427

Si usted va a realizar el pago con Pin Único, diligencie esta sección:

PAGO CON PIN ÚNICO

Operador de Información: _____

Periodo de Cotización a Pagar: Año 2024 Mes 09

ESTIMADO CLIENTE:
VERIFIQUE QUE LA INFORMACIÓN IMPRESA EN EL COMPROBANTE SEA CORRECTA Y QUE EL VALOR REGISTRADO CORRESPONDA AL VALOR ORDENADO POR USTED. EL BANCO NO TENDRÁ COPIA DE ESTE FORMATO. EL SOPORTE DE LA TRANSACCIÓN SERÁ EL REGISTRO EN EL SISTEMA. RECUERDE QUE ESTE SERÁ EL ÚNICO SOPORTE FÍSICO DE SU TRANSACCIÓN. CONSERVELO PARA CUALQUIER VERIFICACIÓN.

CAP-PRO-083-V2

AVU 080 20240928 10:21 SC 125 LINEA A
VR PAGADO: 402,200.00
NOMBRE:APORTES EN LINEA
CLAVE: 0
ID:79662118
Fecha Aplicación:19000101 PIN:0
Estimado cliente: Verifique los datos de su pago. Después de retirarse de la ventanilla no se aceptan reclamos.

Impreso por: dispapeles S.A.S. NIT: 860.028.580-2 60124