

		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													
JENNY MARTIZA MACHADO MATEUS													
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.121.822.168										
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN ODONTOLOGIA 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 4663 2023		FECHA INICIO CONTRATO		27/03/2023							
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 3.736.488		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO		UN (1) MES							
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 79.243.205		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 2.064.255							
Nº DE INFORME:		11		Nº CRP:		11654		Nº 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													
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		18		TIPO DE MODIFICACIÓN		ADICIONES		18		PRORROGAS		16	
VALOR ADICIONADO		\$ 4.803.009		CDP DE LA ADICIÓN:		1161		CRP DE LA ADICIÓN:		18967		TIEMPO PRORROGADO: 1 MES	
VALOR ADICIONADO		\$ 1.890.423		CDP DE LA ADICIÓN:		1520		CRP DE LA ADICIÓN:		22943		TIEMPO PRORROGADO: 15 DIAS	
VALOR ADICIONADO		\$ 2.672.667		CDP DE LA ADICIÓN:		1715		CRP DE LA ADICIÓN:		25435		TIEMPO PRORROGADO: 2 MESES	
VALOR ADICIONADO		\$ 8.430.852		CDP DE LA ADICIÓN:		2106		CRP DE LA ADICIÓN:		31449		TIEMPO PRORROGADO: 23 DIAS	
VALOR ADICIONADO		\$ 4.063.323		CDP DE LA ADICIÓN:		2800		CRP DE LA ADICIÓN:		38446		TIEMPO PRORROGADO: 1 MES	
VALOR ADICIONADO		\$ 4.019.865		CDP DE LA ADICIÓN:		3417		CRP DE LA ADICIÓN:		41473		TIEMPO PRORROGADO: 1 MES	
VALOR ADICIONADO		\$ 3.072.060		CDP DE LA ADICIÓN:		3850		CRP DE LA ADICIÓN:		45523		TIEMPO PRORROGADO: 1 MES	
VALOR ADICIONADO		\$ 2.421.919		CDP DE LA ADICIÓN:		4129		CRP DE LA ADICIÓN:		51157		TIEMPO PRORROGADO: 2 MESES Y 13 DIAS	
VALOR ADICIONADO		\$ 4.280.613		CDP DE LA ADICIÓN:		211		CRP DE LA ADICIÓN:		10928		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		\$ 3.367.995		CDP DE LA ADICIÓN:		399		CRP DE LA ADICIÓN:		15685		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		\$ 4.019.865		CDP DE LA ADICIÓN:		489		CRP DE LA ADICIÓN:		18412		TIEMPO PRORROGADO: 1 MES	
VALOR ADICIONADO		\$ 6.323.139		CDP DE LA ADICIÓN:		892		CRP DE LA ADICIÓN:		20371		TIEMPO PRORROGADO: 1 MES Y 15 DIAS	
VALOR ADICIONADO		\$ 4.041.594		CDP DE LA ADICIÓN:		1322		CRP DE LA ADICIÓN:		27111		TIEMPO PRORROGADO: 1 MES Y 1 DIA	
VALOR ADICIONADO		\$ 4.019.865		CDP DE LA ADICIÓN:		1712		CRP DE LA ADICIÓN:		31043		TIEMPO PRORROGADO: 30 DIAS	
VALOR ADICIONADO		\$ 4.041.594		CDP DE LA ADICIÓN:		2248		CRP DE LA ADICIÓN:		35121		TIEMPO PRORROGADO: 1 MES Y 1 DIA	
VALOR ADICIONADO		\$ 5.998.204		CDP DE LA ADICIÓN:		2562		CRP DE LA ADICIÓN:		38855		TIEMPO PRORROGADO: 1 MES Y 15 DIAS	
VALOR ADICIONADO		\$ 4.019.865		CDP DE LA ADICIÓN:		3170		CRP DE LA ADICIÓN:		42182		TIEMPO PRORROGADO: 1 MES	
VALOR ADICIONADO		\$ 4.019.865		CDP DE LA ADICIÓN:		3525		CRP DE LA ADICIÓN:		44345		TIEMPO PRORROGADO: 1 MES	
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			
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. 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: REALIZAR INVESTIGACIONES EPIDEMIOLÓGICAS DE CAMPO CONTROL SISVESO PRESENCIALES, 19 IEC DISTRIBUIDAS EN LAS LOCALIDADES 5 SAN CRISTÓBAL, 11 RAFAEL URIBE, 1 ANTONIO NARIÑO, 2 LOS MARTIRES													
3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\Ubh-srv-001\vigilancia epidemiológica\SIVIGILA_2024\NO_TRANSMISIBLES_SISVESO													

2	1. OBLIGACIÓN: PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: ELABORACIÓN DE PLAN DE TRABAJO DEL MES DE OCUBRE TRABAJADO Y PROYECCIÓN DE PLAN DE TRABAJO DEL MES DEL NOVIEMBRE 2024 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): CARPETA CRONOGRAMAS
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: REALIZAR INVESTIGACIONES EPIDEMIOLÓGICAS DE CAMPO CONTROL SISVESO PRESENCIALES, 19 IEC DISTRIBUIDAS EN LAS LOCALIDADES 5 SAN CRISTOBAL, 11 RAFAEL URIBE, 1 ANTONIO NARIÑO, 2 LOS MARTIRES 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\Ubh-srv-001\vigilancia epidemiológicaSIVIGILA_2024\NO_TRANSMISIBLES_SISVESO
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: *REVISIÓN DEL PRODUCTO DE IEC PARA ENVIO CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD. *PARTICIPACIÓN EN REUNIÓN DE ÁREA *PARTICIPACIÓN EN REUNIÓN DE NO TRASMISSIBLES" 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\Ubh-srv-001\vigilancia epidemiológicaSIVIGILA_2024\NO_TRANSMISIBLES_SISVESO
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 LINEAMIENTOS DE SEPTIEMBRE A OCTUBRE 15 DE 2024 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\Ubh-srv-001\vigilancia epidemiológicaSIVIGILA_2024\NO_TRANSMISIBLES_SISVESO
6	1. OBLIGACIÓN: REALIZAR INTERVENCIONES EPIDEMIOLÓGICAS DE CAMPO, BLOQUEO Y BÚSQUEDA ACTIVA COMUNITARIA DE LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA, SEGÚN DEMANDA 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: REALIZAR INVESTIGACIONES EPIDEMIOLÓGICAS DE CAMPO CONTROL SISVESO PRESENCIALES, 19 IEC DISTRIBUIDAS EN LAS LOCALIDADES 5 SAN CRISTÓBAL, 11 RAFAEL URIBE, 1 ANTONIO NARIÑO, 2 LOS MARTIRES 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\Ubh-srv-001\vigilancia epidemiológicaSIVIGILA_2024\NO_TRANSMISIBLES_SISVESO
7	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: SEGÚN NECESIDAD DE LA FICHA TÉCNICA Y PROGRAMACIÓN, EDUCACION A CUIDADORES DE USUARIOS NOTIFICADOS. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\Ubh-srv-001\vigilancia epidemiológicaSIVIGILA_2024\NO_TRANSMISIBLES_SISVESO
8	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: DILIGENCIAMIENTO DE FORMATOS DE IEC, CANALIZACIONES Y FORMATO DE FIRMAS. REVISIÓN DE BASE GENERAL SISVESO ELABORACION INFORME CANALIZACIONES ELABORACION PREAUDITORIA 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\Ubh-srv-001\vigilancia epidemiológicaSIVIGILA_2024\NO_TRANSMISIBLES_SISVESO
9	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: SEGÚN NECESIDAD DE LA FICHA TÉCNICA, EDUCACIÓN A FAMILIARES DE USUARIOS NOTIFICADOS Y ABORDADOS EN IEC. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\Ubh-srv-001\vigilancia epidemiológicaSIVIGILA_2024\NO_TRANSMISIBLES_SISVESO
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: SEGÚN NECESIDAD DE LA FICHA TÉCNICA Y PROGRAMACIÓN, ASISTENCI A REUNIONES DE EQUIPO, AREA, ARTICULACION CON CANALIZACIONES DE LA SUBRED 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\Ubh-srv-001\vigilancia epidemiológicaSIVIGILA_2024\NO_TRANSMISIBLES_SISVESO_LIDER
11	1. OBLIGACIÓN: ORGANIZAR EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: REALIZAR INVESTIGACIONES EPIDEMIOLÓGICAS DE CAMPO CONTROL SISVESO PRESENCIALES, 19 IEC DISTRIBUIDAS EN LAS LOCALIDADES 5 SAN CRISTÓBAL, 11 RAFAEL URIBE, 1 ANTONIO NARIÑO, 2 LOS MARTIRES 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\Ubh-srv-001\vigilancia epidemiológicaSIVIGILA_2024\NO_TRANSMISIBLES_SISVESO
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: *PARTICIPACIÓN REUNION DE AREA *PARTICIPACIÓN EN REUNIÓN DE NO TRASMISSIBLES " 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\Ubh-srv-001\vigilancia epidemiológicaSIVIGILA_2024\NO_TRANSMISIBLES_SISVESO

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9474833190	OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	SANITAS	16/10/2024	\$	202.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	16/10/2024	\$	258.600
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	16/10/2024	\$	39.400
OTRO	CCF COMPENSAR	16/10/2024	\$	32.400
TOTAL PAGADO			\$	532.400

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

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


NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JENNY MARTIZA MACHADO MATEUS
 CC: 1.121.822.168
 CEL 3002070039

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:	JENNY MARTIZA MACHADO MATEUS	CC:	1.121.822.168
CORREO ELECTRÓNICO:	jennymachadomateus@gmail.com	RUT (NIT):	1121822168 - 6
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 24 D 11 80 SUR	TELÉFONO:	3002070039
		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 párrafo 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
DESPLIEGABLE)

TIPO DE CUENTA: AHORROS

Nº CUENTA:

008400785625

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

Nº DEL CONTRATO:

PS 4663 2023

Nº CDP:

3170

Nº. RP:

42182

PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS
PRORROGAS : 1 AÑO(S) 6 MESES 20
DÍAS

FECHA DE INICIO CONTRATO

27/03/2023

FECHA DE TERMINACIÓN
CONTRATO:

15/10/2024

TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO
ADICIONES:
\$ 79.243.205

PERIODO OBJETO DE COBRO:

DEL

1/10/2024

AL

15/10/2024

VALOR A PAGAR
CORRESPONDIENTE AL
PERIODO OBJETO DE COBRO
EN
(LETRAS Y NÚMEROS)

\$ 2.064.255

DOS MILLONES SESENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS

Jenny Machado

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JENNY MARTIZA MACHADO MATEUS

C.C: 1.121.822.168

CEL: 3002070039

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

NOMBRE DEL CONTRATISTA

JENNY MARTIZA MACHADO MATEUS

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

1.121.822.168

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN ODONTOLOGIA 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 4663 2023

FECHA INICIO CONTRATO

27/03/2023

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$ 3.736.488

VALOR TOTAL DEL
CONTRATO INCLUIDO
ADICIONES:

\$ 79.243.205

VALOR DE HONORARIOS
PERÍODO A CERTIFICAR:

\$ 2.064.255

Nº PAGO / Nº DE INFORME:

11

Nº CRP
INICIAL:

11654

Nº CDP INICIAL
DEL CONTRATO

626

PLAZO DEL CONTRATO
INCLUYENDO PRORROGAS

1 AÑO(S) 6 MESES 20 DIAS

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:

9474833190

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

Nº DE MODIFICACIÓN:	18	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):				18	16
VALOR ADICIONADO	\$ 4.803.009	CDP DE LA ADICIÓN:	1161	RP DE LA ADICIÓN:	18967	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 1.890.423	CDP DE LA ADICIÓN:	1520	RP DE LA ADICIÓN:	22943	TIEMPO PRORROGADO:	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 2.672.667	CDP DE LA ADICIÓN:	1715	RP DE LA ADICIÓN:	25435	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES
VALOR ADICIONADO	\$ 8.430.852	CDP DE LA ADICIÓN:	2106	RP DE LA ADICIÓN:	31449	TIEMPO PRORROGADO:	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 4.063.323	CDP DE LA ADICIÓN:	2800	RP DE LA ADICIÓN:	38446	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 4.019.865	CDP DE LA ADICIÓN:	3417	RP DE LA ADICIÓN:	41473	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 3.072.060	CDP DE LA ADICIÓN:	3850	RP DE LA ADICIÓN:	45523	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 2.421.919	CDP DE LA ADICIÓN:	4129	RP DE LA ADICIÓN:	51157	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 4.280.613	CDP DE LA ADICIÓN:	211	RP DE LA ADICIÓN:	10928	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	\$ 3.367.995	CDP DE LA ADICIÓN:	399	RP DE LA ADICIÓN:	15685	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	\$ 4.019.865	CDP DE LA ADICIÓN:	489	RP DE LA ADICIÓN:	18412	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 6.323.139	CDP DE LA ADICIÓN:	892	RP DE LA ADICIÓN:	20371	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 4.041.594	CDP DE LA ADICIÓN:	1322	RP DE LA ADICIÓN:	27111	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	\$ 4.019.865	CDP DE LA ADICIÓN:	1712	RP DE LA ADICIÓN:	31043	TIEMPO PRORROGADO:	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 4.041.594	CDP DE LA ADICIÓN:	2248	RP DE LA ADICIÓN:	35121	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	\$ 5.998.204	CDP DE LA ADICIÓN:	2562	RP DE LA ADICIÓN:	38855	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 4.019.865	CDP DE LA ADICIÓN:	3170	RP DE LA ADICIÓN:	42182	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 4.019.865	CDP DE LA ADICIÓN:	3525	RP DE LA ADICIÓN:	44345	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES

III. POLIZAS (SI APLICA)

VALOR ADICIONADO	\$ 4,019,865	CDP DE LA ADICIÓN:	3525	RP DE LA ADICIÓN:	44345	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: MARIA CRISTINA DUARTE GARZON CARGO: PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 29
	 NOMBRE Y FIRMA APOYO TÉCNICO DEL SUPERVISOR: NICOL JOHANNA BORRAY SANTOFIMIO PERFIL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO 3

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1121822168		MACHADO MATEUS JENNY MARITZA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	kr 24 d 11 80 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6621852	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	985635456	9474833190	I	2024/10/16	2024/10/16	BANCO DAVIVIENDA	0	\$532,400

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)					\$1,616,000	\$258,600			\$1,616,000	\$202,000			\$1,616,000	\$32,400			\$1,616,000	\$39,400		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,616,000	\$258,600			\$1,616,000	\$202,000			\$1,616,000	\$32,400			\$1,616,000	\$39,400		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,616,000	\$258,600			\$1,616,000	\$202,000			\$1,616,000	\$32,400			\$1,616,000	\$39,400		\$0	\$0	
1	CC 1121822168	MACHADO JENNY	25-14	30	\$1,616,000	\$258,600	EP3005	30	\$1,616,000	\$202,000	CCF24	30	\$1,616,000	\$32,400	14-7	30	\$1,616,000	\$39,400	30	\$0	\$0	
Total Afiliados(1)					\$1,616,000	\$258,600			\$1,616,000	\$202,000			\$1,616,000	\$32,400			\$1,616,000	\$39,400		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1121822168		MACHADO MATEUS JENNY MARITZA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	kr 24 d 11 80 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6621852	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2024-09	2024-09	985635456	9474833190	I	2024/10/16	2024/10/16	BANCO DAVIVIENDA	0	\$532,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$258,600	\$0	\$0	\$258,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$258,600	\$0	\$0	\$258,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$39,400	\$0	\$0	\$39,400
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$39,400	\$0	\$0	\$39,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$32,400	\$0	\$0	\$32,400
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$32,400	\$0	\$0	\$32,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$202,000	\$0	\$0	\$202,000
SANITAS	EP5005	800,251,440	6	1	\$202,000	\$0	\$0	\$202,000
TOTAL				1	\$532,400	\$0	\$0	\$532,400

Eliminar Archivar Informar Responder Zoom Leído / No leído Clasificar

PSE Transacción Aprobada - CUS 985635456 ✓

S

serviciopse@achcolombia.com.co

Para: Usted

← ↶ ↷ → 📄 ...

Mié 16/10/2024 8:32 PM



¡Hola, jenny maritza machado mateus!

Gracias por utilizar los servicios de BANCO DAVIVIENDA y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: **Aprobada** ✓

CUS: 985635456

Empresa: APORTES EN LINEA

Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9474833190

Valor de la Transacción: \$ 532.400

Fecha de Transacción: 16/10/2024

Ten en cuenta estos tips de seguridad

▶ Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.

▶ Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.

▶ Reserva siempre tu contraseña bancaria firmemente.