	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

MARCELA ALEXANDRA GONZALEZ HERNANDEZ

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	53.117.835				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO EN SALUD OCUPACIONAL 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 3923 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:	$ 57,244,726		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 241,519
N° DE INFORME:	19	**N° CRP:**	10972	**N° CDP:**	626
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	1 AÑO 8 MESES 4 DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO				
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:	19	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	19	**PRORROGAS**	17	
VALOR ADICIONADO	$ 3,140,199	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1161	**CRP DE LA ADICIÓN:**	18280	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1,236,009	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1520	**CRP DE LA ADICIÓN:**	22273	**TIEMPO PRORROGADO:**	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 1,747,461	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1715	**CRP DE LA ADICIÓN:**	24781	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 5,483,902	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2106	**CRP DE LA ADICIÓN:**	30795	**TIEMPO PRORROGADO:**	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,628,295	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2800	**CRP DE LA ADICIÓN:**	37820	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,614,088	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3417	**CRP DE LA ADICIÓN:**	40867	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,516,225	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3850	**CRP DE LA ADICIÓN:**	44958	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1,834,179	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4129	**CRP DE LA ADICIÓN:**	50577	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,963,580	**CDP DE LA ADICIÓN:**	211	**CRP DE LA ADICIÓN:**	10351	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 2,616,709	**CDP DE LA ADICIÓN:**	399	**CRP DE LA ADICIÓN:**	15110	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 2,898,228	**CDP DE LA ADICIÓN:**	489	**CRP DE LA ADICIÓN:**	17858	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4,347,342	**CDP DE LA ADICIÓN:**	892	**CRP DE LA ADICIÓN:**	19822	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,614,088	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1322	**CRP DE LA ADICIÓN:**	26582	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 2,784,572	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1712	**CRP DE LA ADICIÓN:**	30584	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,342,368	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**CRP DE LA ADICIÓN:**	34670	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 3,922,132	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38413	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,614,088	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**CRP DE LA ADICIÓN:**	41759	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,969,263	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**CRP DE LA ADICIÓN:**	43991	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,528,846	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3954	**CRP DE LA ADICIÓN:**	48002	**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:**	

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 dei Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred, 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: se realizan caracterizaciones de niños ,niñas para la Identificación de las condiciones de salud y trabajo para la concertadón,se caracteriza UTIS de alto impacto, UTIS mediano impacto y UTIS bajo impacto, para identificacion de las condiciones de salud y trabajo de la concertacion del plan de UTI con trabajadores informales, asesorias de promoción del cuidado de la taludes UTI de mediano impacto y asesorias de seguimiento a la continuidad en la localidad de santa fe 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de caracterización de niños,niñas y adolecentes Formato de caracterización de UTIS de Alto, Mediano, Bajo impacto. Formato de caracterización para seguimiento
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se actualiza el Cronograma mensual 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Entregar el cronograma magnético al Drive: https://docs.google.com/spreadsheets/c1/1c EjnF24js9ZyE8mt5XDsolq3A5kdB Ededit?usp sharing&ouid=1106709992962 464160453irtpof=true&sd=true
3	1. OBLIGACIÓN: Apoyar la prestación de servidos 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: Entrega de soportes con calidad y oportunidad 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de caracterización de niños,niñas y adolecentes y UTIS.
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: Promoción del auto cuidado y gestión del riesgo en salud en UTI mediano , bajo y alto impacto con trabajadores de la economía informal 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de UTIS de mediano impacto con asesorias de promocion del cuidado deis salud gestion del riesgo con trabajadores de la economia informal
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: Lectuta y apropiacion de los lineaminetos,revision de de caja de herramientas fichas técnicas y formatos para su correcta ejecución 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta y listado de asistencia
6	1. OBLIGACIÓN: dentificar y caracterizar la población trabajadora informal conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre la subred con el Fondo Financiero-SDS 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Caracterizar las condiciones de salud y trabajo para la concertación del plan de trabajo en UTI de mediano, bajo y alto impacto y NNA con trabajadores de la economia informa 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de caracterizacion de las condiciones de salud y trabajo para la concertacion de los planes en UTIS con trabajadores de la economia informal y caracterizacion de NNA
7	1. OBLIGACIÓN: Activar y notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Activacion de ruta, canalizacion sectorial e intersectorial , agendamientos , reporte oportuno de ATEL. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): se envio formato de excel de canalizacion por medio magnético al correo: apoyolaboralsubredcentroodente.gov.co, retroalimentacion y notificado° a base sivistra
8	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza la gestion documental mensual en el desarrollo de los proceso ejecutados y auditados anteriormente en el entumo cuidador laboral 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta y listado de asistencia

9	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: Cumplimiento a actividades indicadas por el supervisor del contrato 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de acta estipulado perla entidad donde se participo

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9474088248	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	SANITAS	17/10/2024	$ 162,500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	17/10/2024	$ 208,000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	17/10/2024	$ 31,700
OTRO	CCF COMPENSAR	17/10/2024	$ 7,800
TOTAL PAGADO			**$ 410,000**

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 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

Marcela González

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MARCELA ALEXANDRA GONZALEZ HERNANDEZ
CC: 53,117,835
CEL 3187234341

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 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:	MARCELA ALEXANDRA GONZALEZ HERNANDEZ	**CC:**	53,117,835
		RUT (NIT):	53117835-1
CORREO ELECTRÓNICO:	marcelaghernandez@gmail.com	**TELÉFONO:**	3187234341
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 52 F SUR 24C 41	**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 ITAÚ				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**N° CUENTA:**	76503742-6

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	PS 3923 2023	**N° CDP:**	3170 - 3525	**N°. RP:**	41759 - 43991	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: 1 AÑO 8 MESES 4 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	27/03/2023	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		1/12/2024		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 57,244,726
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 17/10/2024 AL 31/10/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 241,519					
	DOSCIENTOS CUARENTA Y UN MIL QUINIENTOS DIECINUEVE PESOS					

Marcela Gonzalez

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MARCELA ALEXANDRA GONZALEZ HERNANDEZ

CC: **53,117,835**

CEL: **3187234341**

	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	MARCELA ALEXANDRA GONZALEZ HERNANDEZ				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	53,117,835				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO EN SALUD OCUPACIONAL 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 3923 2023		**FECHA INICIO CONTRATO**	27/03/2023	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2,443,152				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 57,244,726		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 241,519	
N° PAGO / N° DE INFORME:	19 de 19	**N° CRP INICIAL:**	10972	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	626
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	1 AÑO 8 MESES 4 DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9474088248		**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GSP PSPIC - LABORAL				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	19	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICIÓN (19)	PRÓRROGA (17)
VALOR ADICIONADO	$ 3,140,199	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1161	**RP DE LA ADICIÓN:**	18280	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1,236,009	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1520	**RP DE LA ADICIÓN:**	22273	**TIEMPO PRORROGADO:**	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 1,747,461	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1715	**RP DE LA ADICIÓN:**	24781	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 5,483,902	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2106	**RP DE LA ADICIÓN:**	30795	**TIEMPO PRORROGADO:**	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,628,295	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2800	**RP DE LA ADICIÓN:**	37820	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,614,088	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3417	**RP DE LA ADICIÓN:**	40867	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,516,225	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3850	**RP DE LA ADICIÓN:**	44958	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1,834,179	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4129	**RP DE LA ADICIÓN:**	50577	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,963,580	**CDP DE LA ADICIÓN:**	211	**RP DE LA ADICIÓN:**	10351	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 2,616,709	**CDP DE LA ADICIÓN:**	399	**RP DE LA ADICIÓN:**	15110	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 2,898,228	**CDP DE LA ADICIÓN:**	489	**RP DE LA ADICIÓN:**	17858	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4,347,342	**CDP DE LA ADICIÓN:**	892	**RP DE LA ADICIÓN:**	19822	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,614,088	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1322	**RP DE LA ADICIÓN:**	26582	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 2,784,572	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1712	**RP DE LA ADICIÓN:**	30584	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,342,368	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**RP DE LA ADICIÓN:**	34670	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA

VALOR ADICIONADO	$ 3.922.132	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**RP DE LA ADICIÓN:**	38413	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.614.088	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**RP DE LA ADICIÓN:**	41759	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.969.263	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**RP DE LA ADICIÓN:**	43991	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.528.846	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3954	**RP DE LA ADICIÓN:**	48002	**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:**	

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:
LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA
CARGO:
PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN
PERFIL:
PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE GESTION

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 53117835		GONZALEZ HERNANDEZ MARCELA ALEXANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 52 F SUR#24 C 41	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6012184	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	987054951	9474088248	I	2024/10/08	2024/10/17	BANCO ITAU	9	$412,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$7,800			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$7,800			$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			$1,300,000	$7,800			$1,300,000	$31,700		$0	$0
1	CC	53117835	GONZALEZ MARCELA	25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$162,500	CCF24	30	$1,300,000	$7,800	14-23	30	$1,300,000	$31,700	30	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**			$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$7,800			$1,300,000	$31,700		$0	$0

2024/10/17 07:55 AM

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 53117835		GONZALEZ HERNANDEZ MARCELA ALEXANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 52 F SUR#24 C 41	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6012184	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	987054951	9474088248	I	2024/10/08	2024/10/17	BANCO ITAU	9	$412,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$1,400	$0	$209,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$208,000	$1,400	$0	$209,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$300	$0	$32,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$31,700	$300	$0	$32,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,800	$100	$0	$7,900
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$7,800	$100	$0	$7,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$1,100	$0	$163,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$162,500	$1,100	$0	$163,600
TOTAL				1	$410,000	$2,900	$0	$412,900

2024/10/17 07:55 AM

PSE Transacción Aprobada - CUS 987054951

1 mensaje

<serviciopse@achcolombia.com.co> jue, 17 de oct de 2024 a la hora 7:56 a. m.
Para: marcelaghernandez@gmail.com



¡Hola, MARCELA ALEXANDRA GONZALEZ HERNANDEZ!

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

Estado de la Transacción: **Aprobada**
CUS: 987054951
Empresa: APORTES EN LINEA
Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9474088248
Valor de la Transacción: $ 412.900
Fecha de Transacción: 17/10/2024

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.