22 hrs.

	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					
LINA PAOLA ORTIZ NEIRA					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1,019,094,407				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN INGENIERIA QUIMICA 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 4664 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:	$ 85,444,428	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 478,038		
N° DE INFORME:	15	**N° CRP:**	11655	**N° CDP:**	626
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	1 AÑO 9 MESES 4 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:	20	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	20	**PRORROGAS**	18	
VALOR ADICIONADO	$ 4,803,009	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1161	**CRP DE LA ADICIÓN:**	18968	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1,890,423	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1520	**CRP DE LA ADICIÓN:**	22944	**TIEMPO PRORROGADO:**	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,672,667	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1715	**CRP DE LA ADICIÓN:**	25436	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 8,387,394	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2106	**CRP DE LA ADICIÓN:**	31450	**TIEMPO PRORROGADO:**	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,019,865	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2800	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38447	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3417	**CRP DE LA ADICIÓN:**	41474	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,050,331	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3850	**CRP DE LA ADICIÓN:**	45524	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,408,882	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4129	**CRP DE LA ADICIÓN:**	51158	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,271,921	**CDP DE LA ADICIÓN:**	211	**CRP DE LA ADICIÓN:**	10929	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 3,346,266	**CDP DE LA ADICIÓN:**	399	**CRP DE LA ADICIÓN:**	15686	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	489	**CRP DE LA ADICIÓN:**	18413	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5,997,204	**CDP DE LA ADICIÓN:**	892	**CRP DE LA ADICIÓN:**	20372	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1322	**CRP DE LA ADICIÓN:**	27112	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1712	**CRP DE LA ADICIÓN:**	31044	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**CRP DE LA ADICIÓN:**	35122	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 6,392,784	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38856	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**CRP DE LA ADICIÓN:**	42183	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**CRP DE LA ADICIÓN:**	44346	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1,999,068	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3954	**CRP DE LA ADICIÓN:**	48336	**TIEMPO PRORROGADO:**	16 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,481,174	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4011	**CRP DE LA ADICIÓN:**	49394	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 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:**	

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: Se desarrollaron visitas de inspección, vigilancia y control de perfil profesional en las localidades asignadas. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos fisicos de IVC en archivo central del área 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 establecido y direccionado por la Secretaria Distrital de Salud, alimentado de manera diaria y de cuerdo a los establecido por el lider de linea. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Se realiza actualizacion de cronograma en drive
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 écnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Desarrollo de actividades como profesional de la linea de seguridad quimica de vigilancia sanitaria. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Se presentan soportes de manera oportuna, completa, ordenada y legible
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): Se Presentan soportes de manera oportuna, completa, ordenada y legible.
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 los lineamientos tecnicos enviados desde nivel central de la SDS y reinducciones direccionadas desde la linea de intervencion. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Se presentan soportes de manera oportuna, completa, ordenada y legible
6	1. OBLIGACIÓN: Realizar las visitas de inspección, vigilancia y control, desde su perfil profesional, verificando el cumplimiento de las condiciones higiénicas y sanitarias descritas en la Ley 9 de 1979 y sus normas reglamentarias en los bienes y servicios a establecimientos objeto de la vigilancia Sanitaria y de las diferentes líneas de intervención de la vigilancia de la Salud Ambiental conforme a los lineamientos, anexos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Desarrollo de actividades inspeccion vigilancia y control desde el perfil profesional, de acuerdo a la normatividad de acuerdo a cada bien y servicio asignado. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato fisico de IVC en archivocentral del área de 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: Se realizo participación de las asistencias tecnicas convocadas. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soportes debidamente organizados para procesos de auditoria del mes correspondiente
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: Desarrollo de actividades como profesional de la linea de seguridad quimica de vigilancia sanitaria. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): productos realizados de acuerdo a lineamientos correspondiente en medio fisico y magnetico

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	74452119	OPERADOR:	ENLACE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	17/11/2024	$ 200,000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	17/11/2024	$ 255,900
RIESGOS LABORALES:	SURA	17/11/2024	$ 39,000
OTRO			$ -
TOTAL PAGADO			**$ 494,900**

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

Lina Ortiz

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LINA PAOLA ORTIZ NEIRA
CC: 1,019,094,407
CEL 3157768118

Secretaría Distrital de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente 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: 31/12/2024

NOMBRES Y APELLIDOS:	LINA PAOLA ORTIZ NEIRA	**CC:**	1,019,094,407
		RUT (NIT):	1019094407-7
CORREO ELECTRÓNICO:	linap.ortiz8@gmail.com	**TELÉFONO:**	3157768118
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 151C 104 50	**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:	SCOTIABANK COLPATRIA				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**N° CUENTA:**	6342041489

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

N° DEL CONTRATO:	PS 4664 2023	**N° CDP:**	3525-3954	**N°. RP:**	44346-48336	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: 1 AÑO 9 MESES 4 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	27/03/2023	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		31/12/2024		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 85,444,428
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 1/11/2024 AL 30/11/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 478,038					
	CUATROCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL TREINTA Y OCHO PESOS					

Lina Ortiz

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LINA PAOLA ORTIZ NEIRA

CC: **1,019,094,407**

CEL: **3157768118**

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 INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION**	**CODIGO: 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	LINA PAOLA ORTIZ NEIRA
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1,019,094,407

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN INGENIERIA QUIMICA 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 4664 2023			**FECHA INICIO CONTRATO**	27/03/2023
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3,736,488				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 85,444,428			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 478,038
N° PAGO / N° DE INFORME:	15 de 15	**N° CRP INICIAL:**	11655	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	626
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	1 AÑO 9 MESES 4 DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	74452119		**OPERADOR:**	ENLACE	
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:	20	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICIÓN (20)	PRÓRROGA (18)
VALOR ADICIONADO	$ 4,803,009	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1161	**RP DE LA ADICIÓN:**	18968	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1,890,423	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1520	**RP DE LA ADICIÓN:**	22944	**TIEMPO PRORROGADO:**	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,672,667	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1715	**RP DE LA ADICIÓN:**	25436	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 8,387,394	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2106	**RP DE LA ADICIÓN:**	31450	**TIEMPO PRORROGADO:**	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,019,865	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2800	**RP DE LA ADICIÓN:**	38447	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3417	**RP DE LA ADICIÓN:**	41474	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,050,331	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3850	**RP DE LA ADICIÓN:**	45524	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,408,882	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4129	**RP DE LA ADICIÓN:**	51158	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,271,921	**CDP DE LA ADICIÓN:**	211	**RP DE LA ADICIÓN:**	10929	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 3,346,266	**CDP DE LA ADICIÓN:**	399	**RP DE LA ADICIÓN:**	15686	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	489	**RP DE LA ADICIÓN:**	18413	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5,997,204	**CDP DE LA ADICIÓN:**	892	**RP DE LA ADICIÓN:**	20372	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1322	**RP DE LA ADICIÓN:**	27112	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1712	**RP DE LA ADICIÓN:**	31044	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**RP DE LA ADICIÓN:**	35122	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA

VALOR ADICIONADO	$ 6,392,784	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**RP DE LA ADICIÓN:**	38856	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**RP DE LA ADICIÓN:**	42183	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**RP DE LA ADICIÓN:**	44346	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1,999,068	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3954	**RP DE LA ADICIÓN:**	48336	**TIEMPO PRORROGADO:**	16 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,481,174	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4011	**RP DE LA ADICIÓN:**	44394	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 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:**	

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

enlace operativo

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-12-04, 04:03:17 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 74452119

Periodo Cotización: octubre de 2024 **Periodo Servicio:** octubre de 2024

PAGADO 17/11/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LINA PAOLA ORTIZ NEIRA		
Documento	CC1019094407	**Dirección**	CL 151C #104 - 50
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	8061994
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 1019094407	LINA PAOLA ORTIZ NEIRA	57	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.599.254	$ 255.900	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 1.599.254	$ 200.000	2.436	$ 1.599.254	$ 39.000	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 494.900

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
$ 1.599.254	$ 1.599.254	$ 1.599.254	$ 0	$ 255.900	$ 200.000	$ 39.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 494.900	$ 4.700	$ 499.600

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

EXPERTOS en PILA

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

Gmail

Lina Paola Ortiz <linap.ortiz8@gmail.com>

Fwd: PSE Transacción Aprobada - CUS 1057015680

1 mensaje

Lina Ortiz <linaortiz.n@gmail.com>
Para: Lina Ortiz <linap.ortiz8@gmail.com>

17 de noviembre de 2024, 20:27

Enviado desde mi iPhone

Inicio del mensaje reenviado:

De: serviciopse@achcolombia.com.co
Fecha: 17 de noviembre de 2024, 1:32:12 p.m. COT
Para: linaortiz.n@gmail.com
Asunto: PSE Transacción Aprobada - CUS 1057015680



¡Hola, LINA PAOLA ORTIZ NEIRA!

Gracias por utilizar los servicios de SCOTIABANK COLPATRIA y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: **Aprobada**
CUS: 1057015680
Empresa: ENLACE OPERATIVO S.A.
Descripción: Pago de Seguridad Social
Valor de la Transacción: $ 499.600
Fecha de Transacción: 17/11/2024

Ten en cuenta estos tips de seguridad