	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

YENY PATRICIA BUSTOS ROBLES

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	52,214,779				
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 5013 2024		**FECHA INICIO CONTRATO**	17/09/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4,397,950	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	UN (1) MES Y TRES (3) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 17,630,971		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 1,868,694
Nº DE INFORME:	6	**Nº CRP:**	42608	**Nº CDP:**	2713
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	3 MESES 14 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

Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	3	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	3	**PRORROGAS**	3	
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**CRP DE LA ADICIÓN:**	43779	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4,650,066	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3954	**CRP DE LA ADICIÓN:**	47744	**TIEMPO PRORROGADO:**	16 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,584,819	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4011	**CRP DE LA ADICIÓN:**	48773	**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:**	
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:**	
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 según convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza reunión con la Referente del Entorno Educativo para la socialización de meta del mes Noviembre de 2024. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Firma de participación con su acta respectiva.
2	1. OBLIGACIÓN: "Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se entrega cronograma mensual del mes en curso, en magnetico actualizado. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Entrega cronograma mensual del mes de Noviembre, actualizado trabajado contra soportes.
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: Se realiza diligenciamiento de formatos propios de la intervención, formatos de canalizaciones y ficha de verificacion de la técnica de higiene bucal con 18 sesiones presenciales en curso y 7 sesiones de seguimiento telefonico.
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: Participación en la reunión del Entorno Cuidador Educativo el cual es desarrollado el 15 de Noviembre 2024. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Firma de participación en el acta del entorno.
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: Para el mes de noviembre no se realiza apropiación conceptual de lineamiento operativo, se continuan las indicaciones dispuestas para la vigencia. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): No se cuenta con soporte debido a que no se desarrolla apropiación conceptual.
6	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: No se realiza asistencia a los diferentes espacios de capacitación, ni asistencia técnica convocados por la SDS y la Subred Centro Oriente ESE. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): No se cuenta con soporte debido a que no se desarrolla ninguna asistencia tecnica.
7	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: Participación en la reunión de seguimiento a las acciones y preauditoria, consolidación de tablero de control mensual y tablero poblacional. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Firma de participación en el acta de preauditoria.
8	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: Se realiza concertación con las instituciónes educativas IED Juan Rey sede B JM. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta de participación y soportes con listado de asistencia.
9	1. OBLIGACIÓN: Activar y notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Por linea tecnica se realiza activación de rutas 1 y 7 a los escolares; los cuales se notifican los eventos de interés en salud oral tales como, caries dental, gingivitis, opacidad blanca o cafe, pérdida de dientes, deficiente higiene oral. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Se realizan 20 canalizaciones en forma digital, para este mes.
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: Para el mes de Noviembre se programo asistencia técnica de salud oral el dia 25 /11/2024 a las 7:00 am modo virtual por parte de SDS. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Se cuenta con acta y listado de asistencia como soporte por parte de SDS.
11	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar acciones de gestión documental de acuerdo a la planeación por parte de la referente, correspondientes a la actualización para la trasferencia de archivo 2021, los dias 20 y 28 de Noviembre.
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: Se realizan actividades requeridas de acuerdo a la necesidad de la ejecución del contrato. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soportes requeridos de acuerdo a la actividad

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9476929674	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	15/11/2024	$ 200,000
PENSIÓN:	PORVENIR	15/11/2024	$ 255,900
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	15/11/2024	$ 39,000
OTRO	CCF COMPENSAR	15/11/2024	$ 32,000
	TOTAL PAGADO		$ 526,900

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

Yeny Patricia Bustos Robles

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YENY PATRICIA BUSTOS ROBLES
CC: 52,214,779
CEL 3223082562

	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:	YENY PATRICIA BUSTOS ROBLES	**CC:**	52,214,779
		RUT (NIT):	52214779-4
CORREO ELECTRÓNICO:	ybustos.subredcentrooriente@gmail.com	**TELÉFONO:**	3223082562
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 56A 4B 57	**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	**Nº CUENTA:**	480770061848

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

Nº DEL CONTRATO:	PS 5013 2024	**Nº CDP:**	3525 - 3954	**Nº. RP:**	43779 - 47744	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: 3 MESES 14 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	17/09/2024	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		31/12/2024		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 17,630,971
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 1/11/2024 AL 30/11/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	$ 1,868,694 UN MILLÓN OCHOCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS					

Yeny Patricia Bustos Robles

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YENY PATRICIA BUSTOS ROBLES

CC: **52,214,779**

CEL: **3223082562**

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**	**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	YENY PATRICIA BUSTOS ROBLES
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	52,214,779

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 5013 2024			**FECHA INICIO CONTRATO**	17/09/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4,397,950				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 17,630,971			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1,868,694
N° PAGO / N° DE INFORME:	6 de 6	**N° CRP INICIAL:**	42608	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	2713
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	3 MESES 14 DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9476929674			**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GSP PSPIC - EDUCATIVO				
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:	3	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICIÓN (3)	PRÓRROGA (3)
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**RP DE LA ADICIÓN:**	43779	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4,650,066	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3954	**RP DE LA ADICIÓN:**	47744	**TIEMPO PRORROGADO:**	16 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,584,819	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4011	**RP DE LA ADICIÓN:**	48773	**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:**	
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:**	
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:
YOHNNY LIRIOLA HERNANDEZ GARCIA
PERFIL:
PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE GESTION

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52214779		BUSTOS ROBLES YENY PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KRA 56A 4B-57	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8205691	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1052495336	9476929674	I	2024/11/21	2024/11/15	BANCO DAVIVIENDA	0	$526,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,599,260	$255,900			$1,599,260	$200,000			$1,599,260	$32,000			$1,599,260		$39,000		$0	$0		$526,900
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,599,260	$255,900			$1,599,260	$200,000			$1,599,260	$32,000			$1,599,260		$39,000		$0	$0		$526,900
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$1,599,260	$255,900			$1,599,260	$200,000			$1,599,260	$32,000			$1,599,260		$39,000		$0	$0		$526,900
1	CC	52214779	BUSTOS YENY								X									230301	30	$1,599,260	$255,900	EPS008	30	$1,599,260	$200,000	CCF24	30	$1,599,260	$32,000	14-7	30	$1,599,260	2.436%	$39,000	30	$0	$0	No	$526,900
Total		**Afiliados(1)**																				$1,599,260	$255,900			$1,599,260	$200,000			$1,599,260	$32,000			$1,599,260		$39,000		$0	$0		$526,900

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52214779		BUSTOS ROBLES YENY PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KRA 56A 4B-57	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8205691	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1052495336	9476929674	I	2024/11/21	2024/11/15	BANCO DAVIVIENDA	0	$526,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$255,900	$0	$0	$255,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$255,900	$0	$0	$255,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$39,000	$0	$0	$39,000
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$39,000	$0	$0	$39,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$32,000	$0	$0	$32,000
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$32,000	$0	$0	$32,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$200,000	$0	$0	$200,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$200,000	$0	$0	$200,000
TOTAL				1	$526,900	$0	$0	$526,900

2024/11/15 02:17 PM

Gmail YENY BR <yeye20231222@gmail.com>

PSE Transacción Aprobada - CUS 1052495336

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co> 15 de noviembre de 2024, 14:16
Para: yeye20231222@gmail.com



¡Hola, YENY BUSTOS!

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

Estado de la Transacción: **Aprobada**
CUS: 1052495336
Empresa: APORTES EN LINEA
Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9476929674
Valor de la Transacción: $ 526.900
Fecha de Transacción: 15/11/2024