	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

ELIANA JINETH SIERRA ROA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1,013,630,966				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN ENFERMERIA ESPECIALISTA 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 4394 2023	**FECHA INICIO CONTRATO**	27/03/2023		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4,886,120	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	UN (1) MES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 94,291,102	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4,830,380		
N° DE INFORME:	12	**N° CRP:**	11407	**N° CDP:**	626
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	1 AÑO 9 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**	18	**PRORROGAS**	18	
VALOR ADICIONADO	$ 6,280,582	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1161	**CRP DE LA ADICIÓN:**	18719	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,472,018	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1520	**CRP DE LA ADICIÓN:**	22706	**TIEMPO PRORROGADO:**	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,494,922	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1715	**CRP DE LA ADICIÓN:**	25207	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 10,967,804	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2106	**CRP DE LA ADICIÓN:**	31223	**TIEMPO PRORROGADO:**	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5,256,590	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2800	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38231	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5,228,176	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3417	**CRP DE LA ADICIÓN:**	41266	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,979,546	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3850	**CRP DE LA ADICIÓN:**	45335	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,146,906	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4129	**CRP DE LA ADICIÓN:**	50955	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5,586,192	**CDP DE LA ADICIÓN:**	211	**CRP DE LA ADICIÓN:**	10727	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 2,614,088	**CDP DE LA ADICIÓN:**	489	**CRP DE LA ADICIÓN:**	18226	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 7,160,328	**CDP DE LA ADICIÓN:**	892	**CRP DE LA ADICIÓN:**	20187	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5,228,176	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1322	**CRP DE LA ADICIÓN:**	26936	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5,228,176	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**CRP DE LA ADICIÓN:**	34975	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 2,843,264	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38711	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5,228,176	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**CRP DE LA ADICIÓN:**	42049	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5,228,176	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**CRP DE LA ADICIÓN:**	44234	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 6,620,462	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3954	**CRP DE LA ADICIÓN:**	48230	**TIEMPO PRORROGADO:**	16 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,841,400	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4011	**CRP DE LA ADICIÓN:**	49289	**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:**	

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: Desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital mediante el proceso de seguimiento, registro y consolidación de información de las diferentes actividades desarrolladas por los profesionales operativos del entorno educativo. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas de seguimiento a las acciones, actas de preauditoria y precrítica, acta de participación en unidad de análisis, actas de articulación entre entornos y procesos transversales, tableros de control (semanal, mensual), drive de seguimiento a las acciones de la estrategia sintonizarte
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Diligenciamiento, consolidación y actualización de cronogramas de actividades del entorno cuidador educativo correspondiente al periodo del 03 al 31 de diciembre del 2024. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Cronograma digital para el periodo del 03 al 31 diciembre de 2024
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 seguimiento, registro de información y consolidación de las diversas actividades desarrolladas por los equipos operativos del Entorno Cuidador Educativo: 58 - SPAcios de bienestar, 58- Bienestar emocional, 59- Salud mental es MÁS bienestar, y 60- Sexualidad hablar sin incomodidad. Participación en la unidad de análisis convocada por Vigilancia en Salud Pública para análisis por mortalidad por presunto suicidio consumad 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas de seguimiento a las acciones Actas de preauditoria Actas de precrítica Acta de participación en unidad de análisis
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: Se participo en la reunion de entorno cuidador educativo. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta de reunion con listados de asistencia
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 esta vigencia no se realizo apropiación y socialización de lineamientos 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): No se cuenta con soporte
6	1. OBLIGACIÓN: Gestionar y hacer seguimiento a las canalizaciones del proceso a cargo. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar seguimiento y verificación de realización de activaciones de ruta o agendamiento en tiempo real por parte de los diferentes equipos operativos. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Preauditoria con verificación de las fichas de canalización.
7	1. OBLIGACIÓN: Realizar el seguimiento en campo de los productos, metas o actividades al talento humano con los respectivos soportes y Generar los espacios que faciliten el direccionamiento técnico y acompañamiento con los equipos operativos asignados. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza la verificación del cumplimiento de las actividades desarrolladas por parte del talento humano através de seguimiento en campo y revisión continua de soportes entregados para los productos 54 - Bienestar en colegios, 55- Sonrisas saludables, 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas se seguimiento en campo a los profesionales Actas de precrítica y preauditoria
8	1. OBLIGACIÓN: Diligenciar el 100% de la información en los tableros de control, indicadores y matrices que se generen y soliciten en el proceso asignado. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza reporte de información a través de los tableros de control mensuales y semanales dispuestos para cada uno de los productos Consolidación de encuestas mensuales realizadas por los procesos de salud mental y correspondiente envio a Secretaría Distrital de Salu Envio de las bases depuradas del sistema de alertas por parte del equipo de gestión del riesgo 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Tableros de control compartidos desde SDS (Semanal y mensual) Actualización drive seguimiento a las acciones sintotnizarte Envío de correo "encuestas salud mental" Envío de correo "depuración sistema de alertas"
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: Articulación permanente con los demás entornos cuidadores y procesos transversales dispuestos en el lineamiento (Comunitario, laboral, PAI, equipo geográfico y PAÍS) 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta de articulación con listados de asistencia
10	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. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Archivo FUID
11	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:	7952482615 - 792777518	OPERADOR:	SOI

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	10/12/2024 - 11/12/2024	$ 381,500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	10/12/2024 - 11/12/2024	$ 488,300
RIESGOS LABORALES:	SURA	10/12/2024 - 11/12/2024	$ 74,400
OTRO	CCF COMPENSAR	10/12/2024 - 11/12/2024	$ 18,400
	TOTAL PAGADO		**$ 962,600**

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

Eliana Sierra

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ELIANA JINETH SIERRA ROA
CC: 1,013,630,966
CEL 3108180107

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:	ELIANA JINETH SIERRA ROA	**CC:**	1,013,630,966
		RUT (NIT):	1013630966-4
CORREO ELECTRÓNICO:	nana.459@hotmail.com	**TELÉFONO:**	3108180107
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 6 23 11	**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	**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**N° CUENTA:**	0550488430341989
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	PS 4394 2023	**N° CDP:**	4011	**N°. RP:**	49289	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: $ 94,291,102
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 3/12/2024 AL 31/12/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 4,830,380					
	CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA MIL TRESCIENTOS OCHENTA PESOS					

Eliana Sierra

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ELIANA JINETH SIERRA ROA
CC: 1,013,630,966
CEL: 3108180107

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 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	ELIANA JINETH SIERRA ROA
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1,013,630,966

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN ENFERMERIA ESPECIALISTA 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 4394 2023			FECHA INICIO CONTRATO	27/03/2023
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4,886,120				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 94,291,102			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 4,830,380
N° PAGO / N° DE INFORME:	12 de 12	N° CRP INICIAL:	11407	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:	7952482615 - 792777518			OPERADOR:	SOI
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:	19	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICIÓN (18)	PRÓRROGA (18)
VALOR ADICIONADO	$ 6,280,582	CDP DE LA ADICIÓN:	1161	RP DE LA ADICIÓN:	18719	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,472,018	CDP DE LA ADICIÓN:	1520	RP DE LA ADICIÓN:	22706	TIEMPO PRORROGADO:	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,494,922	CDP DE LA ADICIÓN:	1715	RP DE LA ADICIÓN:	25207	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 10,967,804	CDP DE LA ADICIÓN:	2106	RP DE LA ADICIÓN:	31223	TIEMPO PRORROGADO:	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5,256,590	CDP DE LA ADICIÓN:	2800	RP DE LA ADICIÓN:	38231	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5,228,176	CDP DE LA ADICIÓN:	3417	RP DE LA ADICIÓN:	41266	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,979,546	CDP DE LA ADICIÓN:	3850	RP DE LA ADICIÓN:	45335	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,146,906	CDP DE LA ADICIÓN:	4129	RP DE LA ADICIÓN:	50955	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5,586,192	CDP DE LA ADICIÓN:	211	RP DE LA ADICIÓN:	10727	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ 2,614,088	CDP DE LA ADICIÓN:	489	RP DE LA ADICIÓN:	18226	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 7,160,328	CDP DE LA ADICIÓN:	892	RP DE LA ADICIÓN:	20187	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5,228,176	CDP DE LA ADICIÓN:	1322	RP DE LA ADICIÓN:	26936	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5,228,176	CDP DE LA ADICIÓN:	2248	RP DE LA ADICIÓN:	34975	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 2,843,264	CDP DE LA ADICIÓN:	2562	RP DE LA ADICIÓN:	38711	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 15 DIAS

VALOR ADICIONADO	$ 5,228,176	CDP DE LA ADICIÓN:	3170	RP DE LA ADICIÓN:	42049	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5,228,176	CDP DE LA ADICIÓN:	3525	RP DE LA ADICIÓN:	44234	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 6,620,462	CDP DE LA ADICIÓN:	3954	RP DE LA ADICIÓN:	48230	TIEMPO PRORROGADO:	16 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,841,400	CDP DE LA ADICIÓN:	4011	RP DE LA ADICIÓN:	49289	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:	

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 3/12/2024 al 31/12/2024

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1013630966
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ELIANA JINETH SIERRA ROA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	AV:11AE #11AN-68	TELÉFONO:	5555555
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7952482615**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	noviembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	noviembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/12/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1114613226

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 454.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 454.700**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 355.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 355.200**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 17.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 17.100**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 69.300
		SUBTOTAL:	1	**$ 69.300**

VALOR SIN MORA:	**$ 896.300**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 896.300**

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1013630966
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ELIANA JINETH SIERRA ROA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	AV:11AE #11AN-68	TELÉFONO:	5555555
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7952482615	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	noviembre AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES noviembre AÑO 2024
DÍAS DE MORA:			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/12/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1114613226

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 454,700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 454,700	$ 0	$ 454,700
SUBTOTALES:										**$ 454,700**	**$ 0**	**$ 454,700**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 355,200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 355,200	$ 0	$ 0	$ 355,200
SUBTOTALES:													**$ 355,200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 355,200**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES				
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 69,300	$ 69,300	$ 0	$ 0	$ 69,300	
SUBTOTALES:									**$ 69,300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 69,300**	

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 17,100	$ 0	$ 17,100
SUBTOTALES:			**$ 17,100**	**$ 0**	**$ 17,100**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES					
																											PENSIÓN								SALUD								ARP					CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1013630966	SIERRA ROA ELIANA JINETH	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE		$ 2,841,400			NO																		25-14 COLPENSIONES	30	$ 2,841,400	$ 454,700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 454,700	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2,841,400	$ 355,200	$ 0	$ 355,200	14-11 - ARL SURA	30	$ 2,841,400	101363096	$ 69,300	30	$ 2,841,400	SCCF24-COMPENSAR	$ 17,100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 896.300

Planilla Pagada

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
1114613226

Destino de pago
SOI ACH

Motivo
Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales

Fecha
10/12/2024

Número de aprobación
00613226

Dirección IP
190.66.24.18

Valor transacción
$ 896.300,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
10.80.25.153	CC	1013630966

VIGILADO Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1013630966
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ELIANA JINETH SIERRA ROA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	AV:11AE #11AN-68	TELÉFONO:	5555555
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7952777518	TIPO DE PLANILLA:	N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	noviembre	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES noviembre AÑO 2024
DÍAS DE MORA:			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/12/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1116755690
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:			7952482615	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2024/12/10

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 33,600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 33,600	$ 0	$ 33,600
SUBTOTALES:										**$ 33,600**	**$ 0**	**$ 33,600**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANÍTAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 26,300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 26,300	$ 0	$ 0	$ 26,300
SUBTOTALES:													**$ 26,300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 26,300**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 5,100	$ 5,100	$ 0	$ 0	$ 5,100
SUBTOTALES:									**$ 5,100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 5,100**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 1,300	$ 0	$ 1,300
SUBTOTALES:			**$ 1,300**	**$ 0**	**$ 1,300**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES												SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES					
																						PENSIÓN								SALUD						ARP													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1013630966	SIERRA ROA ELIANA JINETH	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 2,841,400			NO							A									25-14 COLPENSIONES	30	$ 2,841,400	$ 454,700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 454,700	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2,841,400	$ 355,200	$ 0	$ 355,200	14-11 - ARL SURA	30	$ 2,841,400	101363096	$ 69,300	30	$ 2,841,400	CCF24-COMPENSAR	$ 17,100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1013630966	SIERRA ROA ELIANA JINETH	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 2,841,400			NO							C	01-30								25-14 COLPENSIONES	30	$ 3,051,840	$ 488,300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 488,300	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 3,051,840	$ 381,500	$ 0	$ 381,500	14-11 - ARL SURA	30	$ 3,051,840	101363096	$ 74,400	30	$ 3,051,840	CCF24-COMPENSAR	$ 18,400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 1013630966	SIERRA ROA ELIANA JINETH	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 2,841,400			NO							R	01-30								25-14 COLPENSIONES	0	$ 210,440	$ 33,600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 33,600	EPS005-SANITAS S.A.	0	$ 210,440	$ 26,300	$ 0	$ 26,300	14-11 - ARL SURA	0	$ 210,440	101363096	$ 5,100	0	$ 210,440	CCF24-COMPENSAR	$ 1,300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 66.300

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1013630966
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ELIANA JINETH SIERRA ROA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	AV:11AE #11AN-68	TELÉFONO:	5555555
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7952777518**	TIPO DE PLANILLA:	N-CORRECCIONES		
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES: noviembre AÑO: 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES: noviembre AÑO: 2024		
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/12/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1116755690		
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	7952482615	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2024/12/10		

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 33.600
		SUBTOTAL:	1	**$ 33.600**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 26.300
		SUBTOTAL:	1	**$ 26.300**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 1.300
		SUBTOTAL:	1	**$ 1.300**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 5.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 5.100**

VALOR SIN MORA:	**$ 66.300**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 66.300**

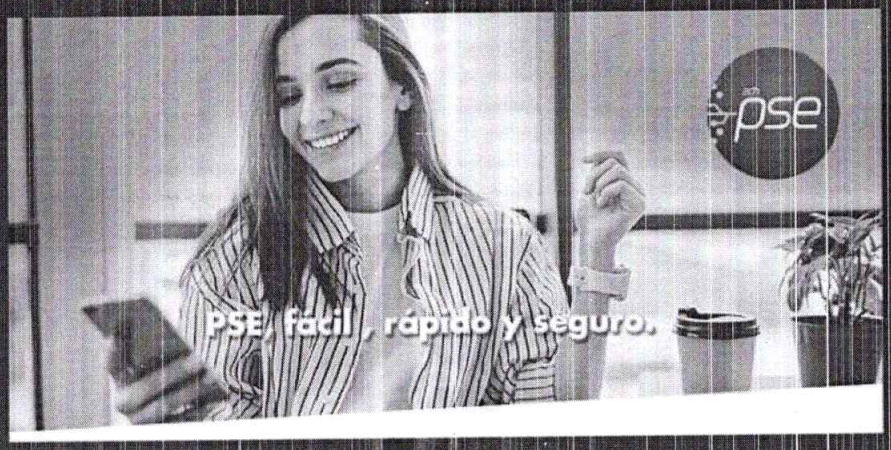
7:00

PSE Transacción Aprobada - CUS 1116755690

S

serviciopse@[redacted]colombia.com.co 6:58 p. m.

Para Tú



¡Hola, eliana jineth sierra roa!

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

Estado de la Transacción: **Aprobada**
CUS: 1116755690
Empresa: SOI.ACH
Descripción: Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafiscales
Valor de la Transacción: $ 66.300
Fecha de Transacción: 10/12/2024

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.
- Procura cambiar tus contraseñas bancarias frencuentemente.

Responder