	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

NELMARINA MENDIETA MARTINEZ

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	51.921.916				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO EN SISTEMAS 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 4245 2023		**FECHA INICIO CONTRATO**		27/03/2023
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.299.448	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	UN (1) MES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 52.058.080		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 2.460.448
N° DE INFORME:	14	**N° CRP:**	11278	**N° CDP:**	626
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	1 AÑO 9 MESES 4 DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6BH CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 29				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	20	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	20	**PRORROGAS**	18	
VALOR ADICIONADO	$ 2.955.748	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1161	**CRP DE LA ADICIÓN:**	18587	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.163.364	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1520	**CRP DE LA ADICIÓN:**	22577	**TIEMPO PRORROGADO:**	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 1.644.756	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1715	**CRP DE LA ADICIÓN:**	25080	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 5.161.592	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2106	**CRP DE LA ADICIÓN:**	31096	**TIEMPO PRORROGADO:**	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.473.820	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2800	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38106	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3417	**CRP DE LA ADICIÓN:**	41147	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.888.708	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3850	**CRP DE LA ADICIÓN:**	45228	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.486.269	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4129	**CRP DE LA ADICIÓN:**	50839	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.628.935	**CDP DE LA ADICIÓN:**	211	**CRP DE LA ADICIÓN:**	10612	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 2.059.288	**CDP DE LA ADICIÓN:**	399	**CRP DE LA ADICIÓN:**	15372	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	489	**CRP DE LA ADICIÓN:**	18113	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.690.672	**CDP DE LA ADICIÓN:**	892	**CRP DE LA ADICIÓN:**	20076	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1322	**CRP DE LA ADICIÓN:**	26831	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1712	**CRP DE LA ADICIÓN:**	30803	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**CRP DE LA ADICIÓN:**	34888	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 3.691.672	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38626	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**CRP DE LA ADICIÓN:**	41967	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**CRP DE LA ADICIÓN:**	44166	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.230.224	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3954	**CRP DE LA ADICIÓN:**	48168	**TIEMPO PRORROGADO:**	16 DÍAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4011	**CRP DE LA ADICIÓN:**	49228	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS

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: *Depuracion correo Institucional (No Transmisibles y Cronicos) *Cruce, validacion e Ingreso de datos tablero seguimiento notificación semanal (eventos 115 y 155 "oportunos / no oportunos") *Validacion y Verificacion del dato de la Base Calidad del Dato evento 115 y155 (ADRES, PAI, Geocodificador y Comprobador de Derechos) *Solicitud UPGDS ajuste Calidad del Dato *Ingreso de Datos Base Calidad del Dato *Consolidacion Bases de datos Evento 115 y 155 de la WEB 4.0 semanal, datos basicos y laboratorios, envio referente y profesionales sociales 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\Sivigila2024$\250_46_8_NO_TRANSMISIBLES\CRONICOS
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: 1.Ajuste del Plan de Trabajo de Ejecución de la OPS del mes en curso 2.Realización Preauditoria e Informe del mes en curso 3.Realización Plan de Trabajo Proyectado de la OPS del mes de enero 2025 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): OneDrive Correo de Epidemiologia
3	1. OBLIGACIÓN: Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes que se solicite conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: *Cruce base de datos evento 155 y evento 549 datos basicos *Ingreso y cruce de datos tablero de control Fichas de Notificacion evento 115 y 155 semanal *Envio e Ingreso de datos fichas de devoluciones *Validación bases de datos evento 155 y 115 e Ingreso de datos tablero de control Metas(Anexos, Canalizaciones, IEC, RETROS SUBREDES, casos notificados por evento y UPGDs) reporte Lider DISPONIBILIDAD FIN DE SEMANA - Apoyo SIVIGILA 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\Sivigila2024$\250_46_8_NO_TRANSMISIBLES\CRONICOS
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: *Validacion base de datos FIN_TTO por UPGDS notificados evento 155 *Solicitud Fecha Inicio de Tratamiento a las UPGDS *Ingreso de datos base fecha inicio de tratamiento (FIN_TTO) *Validacion y Solicitud fecha de notificacion RUAF a las UPGDS 155 y 115 *Ingreso de datos base fecha de notificacion RUAF a las UPGDS 155 y 115 *Cruce y validacion bases evento 115 y 155 (RESIDENTES, DATOS BASICOS WEB 4,0 y la INTERLOCAL) *Solicitud de fichas y patologias sin reporte Subredes *Solicitud de fichas y patologias sin reporte a las UPGDs 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\Sivigila2024$\250_46_8_NO_TRANSMISIBLES\CRONICOS
5	1. OBLIGACIÓN: Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: * Lectura y apropiacion lineamientos, verificar el correcto diligenciamiento de formatos existenten en caja de herramientas. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\Sivigila2024$\250_46_8_NO_TRANSMISIBLES\CRONICOS
6	1. OBLIGACIÓN: Digitar la información, depurar, administrar y consolidar las bases de datos, documentos e informes generados por las acciones o intervenciones de los entornos y procesos transversales, garantizando la calidad, oportunidad, integridad, consistencias y veracidad. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: *Realización Precriticas Fichas de Notificación evento 115 y 155 *Envio e Ingreso de datos RETROS o SUBREDI *Recepción y Verificación del dato de IEC evento 155 y 115 con Profesional Social *Validacion del dato formato IEC y formulacion base de datos *Depuracion Base IEC evento 155 y 115 contra Fisico y Magnetico con Profesional Social y Epidemiologa 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\Sivigila2024$\250_46_8_NO_TRANSMISIBLES\CRONICOS
7	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: *Recepción, verificacion y organización en fisico de las fichas de notificacion de las IEC evento 155 y 115 *Ingreso de Datos Base FUID *Solicitud de patologias o biopsia a la UPGDS *Solicitud ajuste variables formato IEC y la formulacion base IEC *Verificacion de datos y archivos de las IEC 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\Sivigila2024$\250_46_8_NO_TRANSMISIBLES\CRONICOS
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: *Verificacion base Cruce de datos / Fichas de Notificacion con profesional social IEC *Validacion variables formato IEC y base evento 155 *Reunión VSP / Epidemiología *Reunion Equipo No Transmisibles *Reunion Gestion Informatica *Reunion virtual SDS- Socializacion Lineamientos Vigencia Diciembre 2024 a Julio 2025 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\Sivigila2024$\250_46_8_NO_TRANSMISIBLES\CRONICOS

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9477553882	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	SALUD TOTAL	5/12/2024	$ 162.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	5/12/2024	$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	5/12/2024	$ 31.700
OTRO			$ -
	TOTAL PAGADO		**$ 402.200**

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 periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: NELMARINA MENDIETA MARTINEZ
CC: 51.921.916
CEL 3008641673

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: 31/12/2024

NOMBRES Y APELLIDOS:	NELMARINA MENDIETA MARTINEZ	**CC:**	51.921.916
		RUT (NIT):	51921916 - 9
CORREO ELECTRÓNICO:	nelmarin52@gmail.com	**TELÉFONO:**	3008641673
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 43 C SUR 3D 20 ESTE	**CIUDAD:**	BOGOTÁ
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	**N° CUENTA:**	0570008480346074

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

N° DEL CONTRATO:	PS 4245 2023	**N° CDP:**	4011	**N°. RP:**	49228	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: $ 52.058.080
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 3/12/2024 AL 31/12/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 2.460.448 DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS					

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: NELMARINA MENDIETA MARTINEZ

CC: **51.921.916**

CEL: **3008641673**

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	NELMARINA MENDIETA MARTINEZ				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	51.921.916				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO EN SISTEMAS 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 4245 2023		**FECHA INICIO CONTRATO**	27/03/2023	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.299.448				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 52.058.080		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.460.448	
N° PAGO / N° DE INFORME:	14 de 14	**N° CRP INICIAL:**	11278	**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:	9477553882		**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GSP PSPIC - VSP				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6BH CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 29				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	20	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICIÓN (20)	PRÓRROGA (18)
VALOR ADICIONADO	$ 2.955.748	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1161	**RP DE LA ADICIÓN:**	18587	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.163.364	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1520	**RP DE LA ADICIÓN:**	22577	**TIEMPO PRORROGADO:**	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 1.644.756	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1715	**RP DE LA ADICIÓN:**	25080	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 5.161.592	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2106	**RP DE LA ADICIÓN:**	31096	**TIEMPO PRORROGADO:**	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.473.820	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2800	**RP DE LA ADICIÓN:**	38106	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3417	**RP DE LA ADICIÓN:**	41147	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.888.708	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3850	**RP DE LA ADICIÓN:**	45228	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.486.269	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4129	**RP DE LA ADICIÓN:**	50839	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.628.935	**CDP DE LA ADICIÓN:**	211	**RP DE LA ADICIÓN:**	10612	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 2.059.288	**CDP DE LA ADICIÓN:**	399	**RP DE LA ADICIÓN:**	15372	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	489	**RP DE LA ADICIÓN:**	18113	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.690.672	**CDP DE LA ADICIÓN:**	892	**RP DE LA ADICIÓN:**	20076	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1322	**RP DE LA ADICIÓN:**	26831	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1712	**RP DE LA ADICIÓN:**	30803	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**RP DE LA ADICIÓN:**	34888	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 3.691.672	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**RP DE LA ADICIÓN:**	38626	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS

VALOR ADICIONADO	$ 2.460.448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**RP DE LA ADICIÓN:**	41967	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**RP DE LA ADICIÓN:**	44166	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.230.224	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3954	**RP DE LA ADICIÓN:**	48168	**TIEMPO PRORROGADO:**	16 DÍAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4011	**RP DE LA ADICIÓN:**	49228	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS

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:
MARIA CRISTINA DUARTE GARZON
CARGO:
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 29

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
NICOL JOHANNA BORRAY SANTOFIMIO
PERFIL:
PROFESIONAL ESPECIALIZADO 3

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 51921916		MENDIETA MARTINEZ NELMARINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 43 C SUR 3 D 20 este	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3008641673	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1102317588	9477553882	I	2024/12/05	2024/12/05	BANCO DAVIVIENDA	0	$402,200

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			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						**$1,300,000**	**$208,000**				**$1,300,000**	**$162,500**			**$0**	**$0**			**$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			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
1	CC	51921916	MENDIETA HELMARINA	25-14	30	$1,300,000	$208,000		EPS002	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-7	30	$1,300,000	$31,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$1,300,000**	**$208,000**				**$1,300,000**	**$162,500**			**$0**	**$0**			**$1,300,000**	**$31,700**		**$0**	**$0**

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 51921916		MENDIETA MARTINEZ NELMARINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 43 C SUR 3 D 20 este	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3008641673	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1102317588	9477553882	I	2024/12/05	2024/12/05	BANCO DAVIVIENDA	0	$402,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$0	$0	$31,700
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$31,700	$0	$0	$31,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$402,200	$0	$0	$402,200

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
1102317588

Destino de pago
APORTES EN LINEA

Motivo
Pago de la Planilla de aportes con clave: 9477553882

Fecha
05/12/2024

Número de aprobación
00317588

Dirección IP
191.95.48.201

Valor transacción
$ 402.200,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
191.95.48.201	CC	51921916

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