	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					
KAREN GISELLE RINCON GUIZA					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1,023,917,722				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA 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 3758 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:	$ 53,605,860	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 133,720		
Nº DE INFORME:	15	**Nº CRP:**	10814	**Nº 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

Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	20	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	20	**PRORROGAS**	18	
VALOR ADICIONADO	$ 2,794,748	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1161	**CRP DE LA ADICIÓN:**	18123	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,313,356	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1520	**CRP DE LA ADICIÓN:**	22117	**TIEMPO PRORROGADO:**	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,794,748	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1715	**CRP DE LA ADICIÓN:**	24626	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 5,161,592	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2106	**CRP DE LA ADICIÓN:**	30639	**TIEMPO PRORROGADO:**	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,473,820	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2800	**CRP DE LA ADICIÓN:**	37668	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,460,448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3417	**CRP DE LA ADICIÓN:**	40716	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 244,488	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3850	**CRP DE LA ADICIÓN:**	44824	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1,496,269	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4129	**CRP DE LA ADICIÓN:**	50436	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,628,935	**CDP DE LA ADICIÓN:**	211	**CRP DE LA ADICIÓN:**	10210	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 2,714,516	**CDP DE LA ADICIÓN:**	399	**CRP DE LA ADICIÓN:**	14969	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 3,115,676	**CDP DE LA ADICIÓN:**	489	**CRP DE LA ADICIÓN:**	17720	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,904,624	**CDP DE LA ADICIÓN:**	892	**CRP DE LA ADICIÓN:**	19684	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,460,448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1322	**CRP DE LA ADICIÓN:**	26448	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 2,460,448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1712	**CRP DE LA ADICIÓN:**	30468	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,460,448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**CRP DE LA ADICIÓN:**	34559	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 3,691,672	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38304	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,460,448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**CRP DE LA ADICIÓN:**	41653	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,460,448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**CRP DE LA ADICIÓN:**	43918	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1,069,760	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3954	**CRP DE LA ADICIÓN:**	47932	**TIEMPO PRORROGADO:**	16 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,139,520	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4011	**CRP DE LA ADICIÓN:**	48989	**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: Asistencia a reunion de direccionamiento tecnico de equipo, recorridos territoriales, tamizajes, acciones de educacion en salud (Parchandos - Parchemos), kardex, asistencias tecnicas, reuniones de equipo, consolidado de pruebas rapidas y preservativos del mes de noviembre 2024. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato 1 A, formato 2 consentimiento informado, formato 3 de canalizacion , fichas tecnicas carpetas en caja entorno cuidador comunitario y drive.
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Entrega de cronograma actualizado de actividades diarias correspondientes del mes noviembre 2024. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Cronograma en excel, Drive para el mes de noviembre 2024.
3	1. OBLIGACIÓN: Apoyar la prestacion 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 presenta soportes de la estrategia Escuchar para mas bienestar acorde a las acciones realizadas en las localidades pertenecientes a la Subred Centro oriente ESE (Cronograma, formatos 1A, formatos 2 formato 3, fichas tecnicas, listados de recorrido de calle) con el fin de corroborar las actividades contractuales. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Diligenciamiento en formatos: Matriz de monitoreo, formato 1 A, formato SISCO 2 , formato canalizacion 3, kardex, diligenciamiento en base de herramientas y DRIVE.
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 apoyan las acciones oportunamente establecido en el objeto del contrato en pro del mejoramiento y calidad de los servicios. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Ingresar la informacion matriz de monitoreo, fichas tecnicas , formatos 1 A para acciones educativas y para tamizajes (Pruebas rapidas VIH, sifilis y Hepatitis B), tableros de control, formato 2 tamizajes en pruebas rapidas de VIH, Sifilis, Hepatitis B, formato 3 de canalizacion en resultados reactivos o positivos y fichas de notificacion.
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: Se realizar las actividades según lineamientos correspondiente al Entorno Cuidador Comunitario, caja de herramientas y fichas tecnicas. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Diligenciamientos de formato SISCO 2 de consentimiento informado con pre y post asesorias en tamizajes, formato 1A, formato 3 de canalizacion.
6	1. OBLIGACIÓN: Realizar acciones extramurales a la población asignada a nivel individual, familiar y colectivo, desde su perfil técnico, y conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre la subred con el Fondo Financiero-SDS. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Acciones de Educacion y comunicación para la salud (Parchandos y Parchemos), tamizajes en pruebas rapidas de VIH, Sífilis Hepatitis B, realizacion de recorridos territoriales y seguimiento a casos positivos y reactivos para VIH, sifilis y Hepatitis B. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Realización y ejecucion de fichas técnicas en diferentes temas en salud con actividades ludicopedagogicas, formato 1A, formato SISCO 2 , formato 3 canalizacion y carpetas organizas Entorno Comunitario.
7	1. OBLIGACIÓN: Realizar acciones de promoción y prevención de la salud y de saneamiento ambiental a nivel individual, familiar y colectivo, desde su perfil técnico y conforme a los anexos y lineamientos. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se brinda in formacion y recomendaciones en salud sobre pautas de autocuidado y estilos habitos de vida saludable en las instituciones abordadas y a los habitantes de calle que transitan en la via publica, con el fin de contribuir al cuidado integral de la poblacion en las localidades de la Subred Centro Oriente. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Registro de educacion brindada en cada una de las instituciones abordadas durantes las educaciones de comunicacion en salud, asi como en los formatos correspondiente 1 A, fichas tecnicas, carpetas en caja Entorno Comunitario
8	1. OBLIGACIÓN: Desarrollar procesos de asistencia técnica desde los diferentes procesos del Plan de Intervenciones Colectivas conforme a su saber disciplinar y técnico, en función de los requerimientos de los entornos y procesos transversales. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Asistencia a reuniones de equipo, asistencias tecnicas con Referente Distrital y demas convocadas por la Subred. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas
9	1. OBLIGACIÓN: Activar y notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Diligenciamiento y reporte de canalizaciones o activaciones de rutas de acuerdo a las necesidades requeridas. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Base de canalizaciones, formato excel de canalizaciones, diligenciamiento de Drive, correos electrónicos.
10	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Desarrollo de Actividades dentro de los lineamientos establecidos por la subred y SDS, Desarrollo de actividades en archivo central y gestion documental-Transferencia. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Entrega en fisico de acuerdo a lo solicitado en metas.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	7947778107	OPERADOR:	SOI

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	5/11/2024	$ 162,500
PENSIÓN:	COLFONDOS	5/11/2024	$ 208,000
RIESGOS LABORALES:	SURA	5/11/2024	$ 31,700
OTRO	CCF COMPENSAR	5/11/2024	$ 26,000
	TOTAL PAGADO		**$ 428,200**

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 período correspondiente

Karen Giselle Rincon Guiza

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: KAREN GISELLE RINCON GUIZA
CC: 1,023,917,722
CEL 3118641937

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:	KAREN GISELLE RINCON GUIZA	**CC:**	1.023.917.722
		RUT (NIT):	1023917722-0
CORREO ELECTRÓNICO:	karencita25336@gmail.com	**TELÉFONO:**	3118641937
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 51 D SUR 4B 39	**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	**N° CUENTA:**	0550488442249840

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	PS 3758 2023	**N° CDP:**	3525 - 3954	**N°. RP:**	43918 47932	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: $ 53.605.860
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)	$ 133.720					
	CIENTO TREINTA Y TRES MIL SETECIENTOS VEINTE PESOS					

Karen Giselle Rincon Guiza

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: KAREN GISELLE RINCON GUIZA
CC: 1.023.917.722
CEL: 3118641937

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	KAREN GISELLE RINCON GUIZA				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.023.917.722				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA 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 3758 2023		**FECHA INICIO CONTRATO**	27/03/2023	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.299.448				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 53.605.860		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 133.720	
N° PAGO / N° DE INFORME:	15 de 15	**N° CRP INICIAL:**	10814	**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:	7947778107		**OPERADOR:**	SOI	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GSP PSPIC - COMUNITARIO				
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:	20	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICIÓN (20)	PRÓRROGA (18)
VALOR ADICIONADO	$ 2.794.748	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1161	**RP DE LA ADICIÓN:**	18123	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.313.356	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1520	**RP DE LA ADICIÓN:**	22117	**TIEMPO PRORROGADO:**	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.794.748	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1715	**RP DE LA ADICIÓN:**	24626	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 5.161.592	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2106	**RP DE LA ADICIÓN:**	30639	**TIEMPO PRORROGADO:**	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.473.820	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2800	**RP DE LA ADICIÓN:**	37668	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3417	**RP DE LA ADICIÓN:**	40716	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 244.488	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3850	**RP DE LA ADICIÓN:**	44824	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.496.269	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4129	**RP DE LA ADICIÓN:**	50436	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.628.935	**CDP DE LA ADICIÓN:**	211	**RP DE LA ADICIÓN:**	10210	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 2.714.516	**CDP DE LA ADICIÓN:**	399	**RP DE LA ADICIÓN:**	14969	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 3.115.676	**CDP DE LA ADICIÓN:**	489	**RP DE LA ADICIÓN:**	17720	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.904.624	**CDP DE LA ADICIÓN:**	892	**RP DE LA ADICIÓN:**	19684	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1322	**RP DE LA ADICIÓN:**	26448	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1712	**RP DE LA ADICIÓN:**	30468	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**RP DE LA ADICIÓN:**	34559	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA

VALOR ADICIONADO	$ 3.691.672	CDP DE LA ADICION:	2562	RP DE LA ADICIÓN:	38304	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.448	CDP DE LA ADICIÓN:	3170	RP DE LA ADICIÓN:	41653	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.448	CDP DE LA ADICIÓN:	3525	RP DE LA ADICIÓN:	43918	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.069.760	CDP DE LA ADICIÓN:	3954	RP DE LA ADICIÓN:	47932	TIEMPO PRORROGADO:	16 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.139.520	CDP DE LA ADICIÓN:	4011	RP DE LA ADICIÓN:	48989	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 POLIZA	N/A	**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACION:**	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:
CLAUDIA IRENE SEGURA VERA
PERFIL:
PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE GESTION

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1023917722
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			KAREN GISELLE RINCON GUIZA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL 51D SUR 4B 39 ESTE	TELÉFONO:	7324071
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA							
NÚMERO PLANILLA:			7947778107	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	octubre	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	octubre	AÑO 2024
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/11/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1027507965

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
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 0	$ 208.000
SUBTOTALES:										**$ 208.000**	**$ 0**	**$ 208.000**

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
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500
SUBTOTALES:													**$ 162.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 162.500**

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	$ 31.700	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 31.700
SUBTOTALES:									**$ 31.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 31.700**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 26.000	$ 0	$ 26.000
SUBTOTALES:			**$ 26.000**	**$ 0**	**$ 26.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																					SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
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	PENSIÓN								SALUD								ARP						CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU	
																											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 1023917722	RINCON GUIZA KAREN GISELLE	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 1.300.000				NO																		231001-COLFONDOS	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	102391772	$ 31.700	30	$ 1.300.000	CCF24-COMPENSAR	$ 26.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 428.200

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1023917722
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			KAREN GISELLE RINCON GUIZA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL 51D SUR 4B 39 ESTE	TELÉFONO:	7324071
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7947778107**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES: octubre AÑO: 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES: octubre AÑO: 2024		
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/11/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1027507965		

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		
800227940	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 208.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 208.000**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	$ 162.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 162.500**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 26.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 26.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 31.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 31.700**

VALOR SIN MORA:	**$ 428.200**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 428.200**

← Comprobante

Movimiento hecho en:

Nequi

Número de referencia

M11506299

Pago realizado

Pago en

Soi Ach

¿Cuánto?

$ 428.200,00

Fecha

04 de noviembre de 2024 a las 09:01 p. m.

¿Preguntas? Ve al menú Movimientos en la app Nequi y reporta un problema.