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 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	**LILIAN MERCED CARVAJAL SERRANO**
NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	52.080.743
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO TERAPEUTA OCUPACIONAL 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 4549 2024		**FECHA INICIO CONTRATO**		17/08/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.131.407	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	TREINTA Y UN (31) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 18.190.070		**VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:**		$ 1.064.721
Nº DE INFORME:	5	**Nº CRP:**	40355	**Nº CDP:**	2712
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	4 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 MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	4	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	4	**PRORROGAS**	4	
VALOR ADICIONADO	$ 3.998.136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**CRP DE LA ADICIÓN:**	42536	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.998.136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**CRP DE LA ADICIÓN:**	43749	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 999.534	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3954	**CRP DE LA ADICIÓN:**	47715	**TIEMPO PRORROGADO:**	16 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5.062.857	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4011	**CRP DE LA ADICIÓN:**	48718	**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:**	

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	

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)

ÍTEM	
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 FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Desarrollar actividades operativas en coherencia con lo establecido en los lineamientos del producto Bienestar en nuestro entorno educativo, estrategia SPAcios de bienestar con actividades de Caracterización de las Zonas de Orientación Escolar y Universitarias; Seguimiento y monitoreo de las Zonas de Orientación Escolar y Universidades; Fortalecimiento de capacidades y autocuidado como profesional en Terapeuta Ocupacional. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Documento diagnóstico con anexos de cartografía social; Mapa de actores y portafolio de servicios sociales y salud.

2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Elaboración y presentación del cronograma de actividades desarrolladas durante el mes de noviembre 2024. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Cronograma cargado en Drive.
3	1. OBLIGACIÓN: Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes que se soliciten conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Apoyo a la prestación de servicios en el PIC presentando la información solicitada, realizando desde el área de competencias, diagnóstico con anexos de cartografía social, mapa de actores y portafolio de servicios sociales. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas y soportes de acción de apoyo desarrollado.
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 / acreditación de servicios de salud. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Desarrollar actividades operativas en coherencia con lo establecido en los lineamientos producto Bienestar en nuestro entorno educativo, estrategia SPAcios de bienestar con actividades de Caracterización de las Zonas de Orientación Escolar y Universitarias; con actividades de Caracterización de las Zonas de Orientación Escolar y Universitarias; Seguimiento y monitoreo de las Zonas de Orientación Escolar y Universidades; Fortalecimiento de capacidades y autocuidado.
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: Realizar lectura y apropiación del documento operativo Bienestar en nuestro entorno educativo vigencia Octubre 16 - Noviembre 30 del 2024. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas de apropiación de los lineamientos.
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: Asistir a las reuniones de asistencia técnica según los requerimientos de la Subred Centro Oriente y demás convocadas. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas y listados de asistencia.
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 anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Revisión de formatos técnicos para la realización de las actividades correspondientes al producto Bienestar en nuestro entorno educativo, estrategia SPAcios de bienestar con actividades de Caracterización de las Zonas de Orientación Escolar y Universitarias. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Fichas técnicas, actas de desarrollo, listados de asistencia y acta de entrega de soportes.
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: Participar y gestionar los acercamientos comunitarios e institucionales necesarios para el desarrollo del producto Bienestar en nuestro entorno educativo, estrategia SPAcios de bienestar con actividades de Caracterización de las Zonas de Orientación Escolar y Universitarias. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas y listado de acciones colectivas
9	1. OBLIGACIÓN: Activar y notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar la activación de rutas y notificación de los eventos en SP producto Bienestar en nuestro entorno educativo, estrategia SPAcios de bienestar con actividades de Caracterización de las Zonas de Orientación Escolar y Universitarias. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos de activación de rutas
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: Asistir y participar en las asistencias técnicas correspondientes 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas y listados de asistencia.
11	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Participación en la organizar del archivo de la documentación correspondiente a las vigencias pasadas y presentes 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): FUID y unidades de conservación.
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: Desarrollar acciones que sean asignadas de acuerdo a la naturaleza del objeto contractual y perfil profesional en el entorno educativo 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas de acciones realizadas.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9476296800	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	ALIANSALUD	18/11/2024	$ 200.000
PENSIÓN:	PROTECCION	18/11/2024	$ 256.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	18/11/2024	$ 39.000
OTRO			$ -
	TOTAL PAGADO		$ 495.000

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

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LILIAN MERCED CARVAJAL SERRANO
CC: 52.080.743
CEL 3158398617

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:	LILIAN MERCED CARVAJAL SERRANO	**CC:**	52.080.743
		RUT (NIT):	52080743-5
CORREO ELECTRONICO:	lilian.educacion2023@gmail.com	**TELÉFONO:**	3158398617
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 12 L 28 D 10 SUR	**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	**Nº CUENTA:**	004870282383
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					

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

Nº DEL CONTRATO:	PS 4549 2024	**Nº CDP:**	3525 - 3954	**Nº RP:**	43749 47715	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: 4 MESES 14 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	17/08/2024	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		31/12/2024		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 18.190.070
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)	$ 1.064.721					
	UN MILLÓN SESENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS VEINTIÚN PESOS					

Lilian M Carvajal S

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LILIAN MERCED CARVAJAL SERRANO
CC: 52.080.743
CEL: 3158398617

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	LILIAN MERCED CARVAJAL SERRANO
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	52.080.743

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO TERAPEUTA OCUPACIONAL 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 4549 2024			**FECHA INICIO CONTRATO**	17/08/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.131.407				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 18.190.070			**VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:**	$ 1.064.721
N° PAGO / N° DE INFORME:	5 de 5	**N° CRP INICIAL:**	40355	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	2712
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	4 MESES 14 DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9476296800			**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:	4	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICIÓN (4)	PRÓRROGA (4)
VALOR ADICIONADO	$ 3.998.136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**RP DE LA ADICIÓN:**	42536	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.998.136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**RP DE LA ADICIÓN:**	43749	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 999.534	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3954	**RP DE LA ADICIÓN:**	47715	**TIEMPO PRORROGADO:**	16 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5.062.857	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4011	**RP DE LA ADICIÓN:**	48798	**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)

Nº DE POLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	N/A
FECHA DE LA POLIZA	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

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 52080743		CARVAJAL SERRANO LILIAN MERCED	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 12L # 28d - 10 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1111111	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	1058128290	9476296800	I	2024/11/14	2024/11/18	BANCO DAVIVIENDA	4	$496,600

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)						$1,600,000	$256,000				$1,600,000	$200,000			$0	$0			$1,600,000	$39,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,600,000	$256,000				$1,600,000	$200,000			$0	$0			$1,600,000	$39,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$1,600,000	$256,000				$1,600,000	$200,000			$0	$0			$1,600,000	$39,000		$0	$0
1	CC	52080743	CARVAJAL LILIAN	230201	30	$1,600,000	$256,000		EPS001	30	$1,600,000	$200,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,600,000	$39,000	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,600,000	$256,000				$1,600,000	$200,000			$0	$0			$1,600,000	$39,000		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52080743		CARVAJAL SERRANO LILIAN MERCED	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Crra 12L # 28d -10 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1111111	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	1058128290	9476296800	I	2024/11/14	2024/11/18	BANCO DAVIVIENDA	4	$496,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$256,000	$800	$0	$256,800
PROTECCION	23020I	800,229,739	0	1	$256,000	$800	$0	$256,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$39,000	$200	$0	$39,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$39,000	$200	$0	$39,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$200,000	$600	$0	$200,600
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMÉDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$200,000	$600	$0	$200,600
TOTAL				1	$495,000	$1,600	$0	$496,600

2024/11/18 07:47 AM

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
1058128290

Destino de pago
APORTES EN LINEA

Motivo
Pago de la Planilla de aportes con clave: 9476296800

Fecha
18/11/2024

Número de aprobación
00128290

Dirección IP
181.137.169.221

Valor transacción
$ 496.600,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
181.137.169.221	CC	52080743

Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017

DAVIVIENDA