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					
CLAUDIA JUDITH RICAURTE MOLANO					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			39.544.361		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA RESPIRATORIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1862 2024		FECHA INICIO CONTRATO	21/01/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 8.243.840	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	DOS (02) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 47.683.120		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 3.597.312	
Nº DE INFORME:	12	Nº CRP:	13877	Nº CDP:	143
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	11 ONCE MESES 10 DIEZ DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2MI HOSPITAL MATERNO INFANTIL				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANGELA MARIA MENDOZA MESA		PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA		

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	6	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	6	PRORROGAS	6	
VALOR ADICIONADO	$ 4.815.152	CDP DE LA ADICIÓN:	936	CRP DE LA ADICIÓN:	21559	TIEMPO PRORROGADO:	(1 MES)
VALOR ADICIONADO	$ 5.058.720	CDP DE LA ADICIÓN:	1259	CRP DE LA ADICIÓN:	25153	TIEMPO PRORROGADO:	(1 MES)
VALOR ADICIONADO	$ 7.588.080	CDP DE LA ADICIÓN:	1617	CRP DE LA ADICIÓN:	28709	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES 10 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5.058.720	CDP DE LA ADICIÓN:	2191	CRP DE LA ADICIÓN:	32872	TIEMPO PRORROGADO:	(1 MES)
VALOR ADICIONADO	$ 11.691.264	CDP DE LA ADICIÓN:	2610	CRP DE LA ADICIÓN:	36992	TIEMPO PRORROGADO:	(3 MESES)
VALOR ADICIONADO	$ 5.227.344	CDP DE LA ADICIÓN:	3752	CRP DE LA ADICIÓN:	45955	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES
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:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
FECHA DE LA PÓLIZA		FECHA DE APROBACIÓN:		

IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO

(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)

ITEM	
1	REALIZAR LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPEUTICOS DETERMINADOS DENTRO DEL PLAN DE MANEJO, CON UN ALTO NIVEL CIENTÍFICO, ÉTICO Y HUMANO, DE UNA MANERA OPORTUNA Y PERTINENTE, EN CORRESPONDENCIA CON LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES, Y TENIENDO EN CUENTA QUE TODAS LAS DECISIONES CLÍNICAS GENERADAS EN LA ATENCIÓN MÉDICA, PROCURARÁN EL MEJORAMIENTO DE LA SALUD DEL PACIENTE, EL USO RACIONAL DEL CONOCIMIENTO MÉDICO Y DE LOS RECURSOS DISPONIBLES
2	BRINDAR UNA ATENCIÓN EN SALUD BUSCANDO LOS MEJORES ESTÁNDARES DE OPORTUNIDAD, INTEGRIDAD, SUFICIENCIA, CONTINUIDAD Y PERTINENCIA, EN UN AMBIENTE DE ATENCIÓN PERSONALIZADA Y HUMANIZADA, CUMPLIENDO EL PRINCIPIO DE EQUIDAD Y CON ÉNFASIS EN ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS, PROTOCOLOS, INTERVENCIONES Y GUÍAS DE ATENCIÓN, DE ACUERDO A LOS ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN
3	PRESTAR SUS SERVICIOS ASISTENCIALES RESPETANDO AUTONOMÍA INSTITUCIONAL DE LA SUBRED, SU VISIÓN, MISIÓN, ESTRUCTURA ORGÁNICA REGLAMENTOS ADMINISTRATIVOS, TÉCNICOS, CIENTÍFICOS Y DISCIPLINARIOS, ACOGIENDO LAS DIRECTRICES INSTITUCIONALES
4	REALIZAR LAS ACTIVIDADES SEGÚN LAS NECESIDADES DE LA SUBRED DANDO CUBERTURA EN TODAS LAS UNIDADES EN DONDE SE OFERTA EL SERVICIO Y SEA REQUERIDO
5	INFORMAR AL PACIENTE Y SU FAMILIA SOBRE LA CONDICIÓN CLÍNICA, PLAN DE MANEJO, ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES DE EGRESO, CONOCER EL GRADO DE SATISFACCIÓN SOBRE LOS SERVICIOS PRESTADOS Y RESOLVER INQUIETUDES RELACIONADAS CON EL PROCESO DE ATENCIÓN
6	LLEVAR REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES, ASÍ COMO MANTENER ACTUALIZADOS LOS INFORMES ESTADÍSTICOS DEFINIDOS POR LA INSTITUCIÓN Y TODOS AQUELLOS REGISTROS NECESARIOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROCESOS DE COSTOS Y FACTURACIÓN
7	RESPETAR LOS DERECHOS DEL PACIENTE, CUMPLIR EL CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA Y LAS DISPOSICIONES LEGALES PERTINENTES PROPIAS DE LOS SERVICIOS EN DONDE SE PRESTE LA ATENCIÓN
8	REALIZAR EL SEGUIMIENTO Y CONTROL A PACIENTES EN LOS QUE SE REQUIERA SU PARTICIPACIÓN E IMPARTIR INSTRUCCIONES AL EQUIPO DE SALUD SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS ORDENADOS

9	EMITIR CONCEPTOS MÉDICOS QUE SE LE REQUIERAN, REALIZAR RESÚMENES DE HISTORIA CLÍNICA, EPICRISIS U OTROS DOCUMENTOS ASISTENCIALES O ADMINISTRATIVOS QUE SEAN SOLICITADOS
10	DILIGENCIAR EN FORMA COMPLETA, OPORTUNA, SISTEMATIZADA Y LEGIBLE (EN LOS CASOS EN QUE SE PRESENTEN FALLAS DEL SISTEMA), LOS FORMATOS, LA HISTORIAS CLÍNICAS, CONSENTIMIENTO INFORMADO, REPORTES DE ESTUDIOS Y DEMÁS REGISTROS PROPIOS DE SU ACTUAR, DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LOS PROCEDIMIENTOS DE AUDITORIA Y DEMÁS DIRECTRICES RELACIONADAS CON EL MANEJO DE HISTORIAS CLÍNICAS Y RESPALDANDO TODAS LAS ACTUACIONES REALIZADAS AL PACIENTE CON LA FIRMA
11	GARANTIZAR LA DEBIDA RESERVA DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y DE LOS REGISTROS CLÍNICOS
12	GARANTIZAR LA INTEGRIDAD Y ADECUADO FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS, ELEMENTOS E INSTALACIONES, ASÍ COMO LA UTILIZACIÓN RACIONAL DE LOS RECURSOS QUE LA SUBRED APORTE AL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES CONTRATADAS Y RESPONDER POR SU REPOSICIÓN O REPARACIÓN CUANDO LOS DAÑOS SE OCASIONEN POR NEGLIGENCIA O INADECUADA MANIPULACIÓN DE LOS MISMOS
13	REPORTAR AL ÁREA DE RECURSOS FÍSICOS - ACTIVOS FIJOS DE LA SUBRED, LOS EQUIPOS DE PROPIEDAD DEL CONTRATISTA, QUE SE DESTINE A LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES
14	PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN EL DESARROLLO, IMPLEMENTACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES, SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN, ACREDITACIÓN, SEGURIDAD DEL PACIENTE Y DEMÁS ACTIVIDADES ENMARCADAS DENTRO DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD
15	PARTICIPAR EN LA PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL SERVICIO
16	PARTICIPAR EN LA ELABORACIÓN, ACTUALIZACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y ADHERENCIA DE GUIAS, MANUALES, PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS QUE APLIQUEN AL SERVICIO
17	APOYAR A LA ENTIDAD EN LAS ACTIVIDADES QUE SE DEMANDE SEGÚN REQUERIMIENTOS INTERINSTITUCIONALES Y EXTRA INSTITUCIONALES
18	PARTICIPAR EN LA ELABORACIÓN DE RESPUESTAS A RECLAMACIONES Y REQUERIMIENTOS QUE SE PRESENTEN EN DESARROLLO DE LA ATENCIÓN QUE SE OBLIGA A PRESTAR A LOS USUARIOS O PACIENTES QUE DEMANDEN EL SERVICIO
19	PRESTAR EL APOYO NECESARIO PARA DAR RESPUESTA A OBJECIONES INICIALES EVITANDO ASÍ QUE SE GENERE GLOSA DEFINITIVA O PROCESOS DE CONCILIACIÓN POR PARTE DE EPS-S-EAPB
20	NOTIFICAR LOS SUCESOS DE SEGURIDAD QUE SE PRESENTEN DURANTE EL PROCESO DE ATENCIÓN, PARTICIPAR EN LOS ANÁLISIS A LOS QUE SEA CONVOCADO E IMPLEMENTAR LAS ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS PARA EL SERVICIO
21	REPORTAR LOS EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE
22	APOYAR LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA DE SERVICIO EN LA REVISTA MÉDICA U OTRO ESPACIO DIRIGIDAS A LOS ESTUDIANTES Y/O PERSONAL DEL SERVICIO, PARA EL DESARROLLO Y FORMACIÓN DEL RECURSO HUMANO EN SALUD, SI APLICA
23	INSTRUIR A LA COMUNIDAD SOBRE LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES PROPIAS DE SU ESPECIALIDAD
25	ASISTIR A LAS JORNADAS DE CAPACITACIÓN, INDUCCIÓN, REUNIONES, COMITÉS Y EVENTOS A LOS CUALES SEA CONVOCADO
25	INFORMAR AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER NOVEDAD QUE AFECTE EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES
26	FACILITAR LAS LABORES DE SUPERVISIÓN, EVALUACIÓN Y CONTROL QUE LA SUBRED, REALICE EN FORMA DIRECTA POR LA SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, LA OFICINA DE CALIDAD Y/O A TRAVÉS DE TERCEROS
27	CUMPLIR OPORTUNAMENTE LAS RECOMENDACIONES, OPORTUNIDADES DE MEJORA, ACTAS DE COMPROMISO Y DEMÁS SOLICITUDES DE LA SUPERVISIÓN Y DE LA OFICINA DE CALIDAD
28	ACREDITAR INSCRIPCIÓN EN EL RETHUS, MIPRES Y RUAF CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO. CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO
29	SE DESARROLLARÁN LAS ACTIVIDADES EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES CORRESPONDIENTES A LA SUBRED CENTRO ORIENTE DE ACUERDO A LA ASIGNACIÓN REALIZADA POR EL SUPERVISOR

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**1068640587**	**OPERADOR:**	**SIMPLE**

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	6/12/2024	$ 236.300
PENSIÓN:	COLPENSIONES	6/11/2024	$ 302.400
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	6/11/2024	$ 46.100
OTRO			
	TOTAL PAGADO		$ 584.800

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo 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 afiliacion a eps, arl, pension, 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

CLAUDIA JUDITH RICAURTE MOLANO
CC: 39544361
CEL: 3112813533

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

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/12/2024)

NOMBRES Y APELLIDOS:	**CLAUDIA JUDITH RICAURTE MOLANO**	**CC:**	**39544361**
		RUT (NIT):	**39544361-0**
CORREO ELECTRÓNICO:	CLAUDIARICO67@HOTMAIL.COM	**TELÉFONO:**	**3112813533**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**DIAGONAL 84 # 88-51**	**CIUDAD:**	BOGOTA

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

Regimen 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	(X)	NO ( )

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**DAVIVIENDA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**452970033927**

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

Nº DEL CONTRATO:	**PS 1862 2024**	**Nº CDP:**	**3752**	**Nº. RP:**	**45955**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :** **11 MESES 10 DIAZ**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**21/01/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/12/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** **47.683.120.00**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 1/12/2024 AL 31/12/2024**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	**$**					**3.597.312**
	TRES MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS DOCE PESOS M/CTE					

CLAUDIA JUDITH RICAURTE MOLANO
C.C : 39544361
CEL : 3112813533

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

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**CLAUDIA JUDITH RICAURTE MOLANO**				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**39.544.361**				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA RESPIRATORIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1862 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**21/01/2024**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$**	**8.243.840,00**			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**47.683.120.00**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 3.597.312,00**	
N° PAGO / N° DE INFORME:	**12**	**N° CRP INICIAL:**	**13877**	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	**143**
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	**11 ONCE MESES 10 DIEZ DIAS**				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	**1068640587**		**OPERADOR:**	**SIMPLE**	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	**APOYO TERAPEUTICO Y REHBILITACIÓN**				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	**2MI HOSPITAL MATERNO INFANTIL**				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**ANGELA MARIA MENDOZA MESA**		**PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA SALUD CÓDIGO 237 GRADO 16**		

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	6	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICION 6	PRORROGA 6
VALOR ADICIONADO	**$ 4.815.152**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**936**	**RP DE LA ADICIÓN:**	**21559**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**(1 MES)**
VALOR ADICIONADO	**$ 5.058.720**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**1259**	**RP DE LA ADICIÓN:**	**25153**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**(1 MES)**
VALOR ADICIONADO	**$ 7.588.080**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**1617**	**RP DE LA ADICIÓN:**	**28709**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**(1 MES 10 DIAS)**
VALOR ADICIONADO	**$ 5.058.720**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**2191**	**RP DE LA ADICIÓN:**	**32872**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**(1 MES)**
VALOR ADICIONADO	**$ 11.691.264**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**2610**	**RP DE LA ADICIÓN:**	**36992**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**(3 MESES)**
VALOR ADICIONADO	**$ 5.227.344**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**3752**	**RP DE LA ADICIÓN:**	**45955**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**(2 MESES)**
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	(MESES O DIAS)

III. POLIZAS (SI APLICA)				
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X
Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
FECHA DE LA PÓLIZA		ACTO ADMINISTRATIVO DE		

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE 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 (1/12/2024) AL (31/12/2024)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**ANGELA MARIA MENDOZA MESA** **CARGO:** **LIDER APOYO TERAPEUTICO Y REHABILITACION**
	LUISA FERMANDA FUENTES GARZON **PERFIL: ENLACE OPERATIVO**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-12-06, 08:59:51 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1068640587

Periodo Cotización: noviembre de 2024 **Periodo Servicio:** noviembre de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8822692379

PAGADO 06/12/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CLAUDIA JUDITH RICAURTE MOLANO		
Documento	CC39544361	**Dirección**	DIAG 84 # 88 51 INT 5
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3112813533
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
C39544361	CLAUDIA JUDITH RICAURTE MOLANO	59	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.690.000	$ 302.400	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.690.000	$ 236.300	2,436	$ 1.690.000	$ 46.100	(NN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 584.800

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.690.000	$ 1.690.000	$ 1.690.000	$ 0	$ 302.400	$ 236.300	$ 46.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 584.800	$ 0	$ 584.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.