60

Secretaría Distrital 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							
SNEIDER HUMBERTO NOMESQUI PERILLA							
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				1.022.404.921			
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 6677277-2024 "APH".						
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 4713 2024		**FECHA INICIO CONTRATO**		2	08/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.413.685	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**		UN (01) MES Y CUATRO (04) DIAS			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 6.985.844			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$	648.840
Nº DE INFORME:	5	**Nº CRP:**	40492	**Nº CDP:**			3007
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	TRES (03) MESES Y DOCE (12) DIAS						
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		3BL HOSPITAL SAN BLAS					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05					
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	2	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	2	**PRORROGAS**	2	
VALOR ADICIONADO	$ 1.976.799	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3461	**CRP DE LA ADICIÓN:**	43431	**TIEMPO PRORROGADO:**	TREINTA Y UN (31) DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.595.360	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3765	**CRP DE LA ADICIÓN:**	47144	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (01) MES Y OCHO (08) DIAS
III. POLIZAS							
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		**SI**		**NO**	X		
Nº DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**					
FECHA DE LA PÓLIZA		**FECHA DE APROBACIÓN:**					

ITEM	IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones especificas del contrato realizadas durante el mes)
1	Prestó servicios como auxiliar de enfermería para la Unidad Funcional de Atención Prehospitalaria, en el marco de los estándares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud vigente.
2	Estuve presente en el momento de las entrega y recibos de turno registrando las novedades correspondientes, en el marco de un ejercicio de articulación para el desarrollo del objeto.
3	Garantice el adecuado diligenciamiento de la Historia Clínica del Programa de Atención Pre hospitalaria según criterios y normatividad vigente, además de establecer actividades de seguimiento y de mejora a la adherencia de diligenciamiento de la historia clínica.
4	Di respuesta oportuna al direccionamiento de eventos y atención dado por la dirección Centro regulador de Urgencias y Emergencias (DUES), garantizando la oportunidad y continuidad de la atención durante los procesos de atención, cumpliendo con los procedimientos guías y protocolos de la Centro Oriente para la atención de pacientes en el programa de atención Pre hospitalaria.
5	Cumplí con el procedimiento de entrega y recibo de programación de actividades, con registro de novedades, además de el de necesidades administrativas y asistenciales para garantizar la operatividad de la movil, verificando, salvaguardando y garantizando el uso adecuado de cada uno de los equipos biomédicos asignados al Programa de Atención Pre hospitalaria.
6	Di un correcto uso a los elementos tecnológicos (celular institucional, Tablet) asignados a las ambulancias por la Subred para el desarrollo de las actividades, así como garantizar el uso permanente de dichos dispositivos para mantener una comunicación efectiva y oportuna con la líder de la unidad funcional o con quien ella designe.
7	Verifique el alistamiento de los vehículos de emergencias previo a verificación por el CRUE
8	Porte de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carné que lo acredita como contratista de la Subred Centro Oriente E.S.E.
9	Garantice el cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad
10	Implemente las listas de chequeo para monitorización y seguridad del paciente en cuanto limpieza y desinfección de los vehículos de emergencia.
11	Realice informe y registro operativo de turnos críticos.
12	Efectue reporte y registro de sucesos de seguridad.
13	Adopte los protocos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que le requieran para cabal el cumplimiento de las actividades.
14	Di trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual.
15	Cumplí con disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo con el desarrollo de las actividades.
16	Garantice la entrega y custodia de los equipos biomédicos al área respectiva cuando los vehículos son direccionados al taller y/o aseguradora
17	Apliqué las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional
18	Asistí a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución.
19	Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución.
20	Tramite mensualmente dentro de los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente E.S.E los formatos de "informe y cuenta de cobro", "cuenta de cobro Word y "certificado de pago de aportes sociales", para el pago de sus respectivos honorarios.

V. INFORMACION DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:	9477531160	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA		
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**		
SALUD:	SANITAS	9/12/2024	$	163.000	
PENSIÓN:	PORVENIR	9/12/2024	$	208.600	
RIESGOS LABORALES:					
OTRO	COMPENSAR	9/12/2024	$	26.100	
TOTAL PAGADO			$ 397.700		

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1 - Que he ejecutado 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 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 SMLV (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 atiendo 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:
SNEIDER HUMBERTO NOMESQUI PERILLA
CC:1022404921
CEL:3124337816

Secretaría Distrital 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:	SNEIDER HUMBERTO NOMESQUI PERILLA			**CC:**	1022404921
				RUT (NIT):	1022404921-4
CORREO ELECTRÓNICO:	SNEIDERNOMESQUI@GMAIL.COM			**TELÉFONO:**	3124337816
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 40 SUR #72L-55			**CIUDAD:**	BOGOTA D.C
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				SI ( )	NO (X)
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:**	488411888923

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 4713 2024**	**Nº CDP:**	**3765**	**Nº. RP:**	**47144**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : TRES MESES Y DOCE DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**27/08/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**8/12/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 6985844**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/12/2024AL 08/12/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$**					**648.840**
	SEISCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE					

Sneider Nomesqui

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
SNEIDER HUMBERTO NOMESQUI PERILLA
CC:1022404921
CEL:3124337816

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
SNEIDER HUMBERTO NOMESQUI PERILLA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.022.404.921

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES DE LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 6677277-2024 "APH".

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 471 2024		**FECHA INICIO CONTRATO**		27/08/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.413.655	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	UN (01) MES Y CUATRO (04) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 6.985.844		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 648.640
Nº DE INFORME:	4	**Nº CRP:**	40492	**Nº CDP:**	3007
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	TRES (03) MESES Y DOCE (12) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	2	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	2	**PRORROGAS**	2	
VALOR ADICIONADO	$ 1.976.799	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3461	**CRP DE LA ADICIÓN:**	43431	**TIEMPO PRORROGADO:**	TREINTA Y UN (31) DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.595.360	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3765	**CRP DE LA ADICIÓN:**	47144	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (01) MES Y OCHO (08) DIAS

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 especificas del contrato realizadas durante el mes)

ITEM	
1	Preste servicios como auxiliar de enfermería para la Unidad Funcional de Atención Prehospitalaria, en el marco de los estándares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud vigente.
2	Estuve presente en el momento de las entrega y recibos de turno registrando las novedades correspondientes, en el marco de un ejercicio de articulación para el desarrollo del objeto.
3	Garantice el adecuado diligenciamiento de la Historia Clínica del Programa de Atención Pre hospitalaria según criterios y normatividad vigente, acciones de establecer actividades de seguimiento y de mejora a la adherencia del diligenciamiento de la historia clínica.
4	Di respuesta oportuna al direccionamiento de eventos y atención dado por la dirección Centro regulador de Urgencias y Emergencias (DUES), garantizando la oportunidad y continuidad de la atención durante los procesos de atención, cumpliendo con los procedimientos guías y protocolos de la Centro Oriente para la atención de pacientes en el programa de atención Pre hospitalaria.
5	Cumplí con el procedimiento de entrega y recibo de programación de actividades, con registro de novedades, alertas de el de necesidades administrativas y asistenciales para garantizar la operatividad de la móvil, verificando, salvaguardando y garantizando el uso adecuado de cada uno de los equipos biomédicos asignados al Programa de Atención Prehospitalaria.
6	Di un correcto uso a los elementos tecnológicos tecnológicos institucional, (tablet) asignados a las ambulancias por la Subred para el desarrollo de las actividades, así como garantizar el uso permanente de dichos dispositivos para mantener una comunicación efectiva y oportuna con la líder de la unidad funcional o con quien ella designe.
7	Verifique el alistamiento de los vehículos de emergencias previo a verificación por el CRUE.
8	Porte de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carné que lo acredita como contratista de la Subred Centro Oriente E.S.E.
9	Garantice el cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad.
10	Implemente las listas de chequeo para monitorización y seguridad del paciente en cuanto limpieza y desinfección de los vehículos de emergencia.
11	Realice informe y registro oportuno de datos críticos.
12	Efectue reporte y registro de sucesos de seguridad.
13	Adopte los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades.
14	Di trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual.
15	Cumplí con disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo con el desarrollo de las actividades.
16	Garantice la entrega y custodia de los equipos biomédicos al área respectiva cuando los vehículos son direccionados al taller y/o aseguradora.
17	Adtiqué las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional.
18	Asistí a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución.
19	Asistí a las reuniones y/capacitaciones programadas por el referente y/o la institución.
20	Tramité oportunamente dentro de los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente E.S.E los formatos de "informe y cuenta de cobro", "cuenta de cobro Word y "certificado de pago de aportes sociales", para el pago de sus respectivos honorarios.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9477531100	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	SANITAS	9/12/2024	$ 163.000
PENSIÓN:	PORVENIR	9/12/2024	$ 208.600
RIESGOS LABORALES:			
OTRO	COMPENSAR	9/12/2024	$ 26.100
TOTAL PAGADO			$ 397.700

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrolle 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 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, rit)
3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
4.- Que autorizo los descuentos a que haya obligación a pagar, por acuerdo 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

Sneider Nomesqui

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
SNEIDER HUMBERTO NOMESQUI PERILLA
CC:1022404921
CEL:3124337815

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					**SNEIDER HUMBERTO NOMESQUI PERILLA**		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD					**1.022.404.921**		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN						
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 4713 2024**			**FECHA INICIO CONTRATO**	**27/08/2024**		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$**				**2.413.685,00**		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$**	**6.985.844,00**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$**	**648.840**	
N° PAGO / N° DE INFORME:	**(5 de 5)**	**N° CRP INICIAL:**	**40492**	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	**3007**		
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	**TRES (03) MESES Y DOCE (12) DIAS**						
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	**9477531160**	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**				
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	**DIRECCIÓN DE URGENCIAS - CONVENIO 6677277-2024 "API"**						
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	**3BL HOSPITAL SAN BLAS**						
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05**						
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° DE MODIFICACIÓN:	**2**	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**			**ADICION (2)**	**PRORROGA (2)**	
VALOR ADICIONADO	**$ 1.976.799**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**3461**	**RP DE LA ADICIÓN:**	**43431**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**TREINTA Y UN (31) DIAS**
VALOR ADICIONADO	**$ 2.595.360**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**3765**	**RP DE LA ADICIÓN:**	**47144**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**UN (01) MES Y OCHO (08) DIAS**
III. POLIZAS (SI APLICA)							
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**X**			
N° 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 presento 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 **(01/11/2024) AL (30/11/2024)**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:** **FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO** **CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05** **NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:** **MARITZA CARDENAS PALOMINO** **PERFIL: ENFERMERA**

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1022404921		NOMESQUI PERILLA SNEIDER HUMBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 7a bis 78f-07	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2928005	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	1107298663	9477531160	I	2024/12/05	2024/12/09	BANCO DAVIVIENDA	4	$397,700

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			$1,300,000	$26,000			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$0	$0		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$0	$0		$0	$0
1	CC	1022404921	NOMESQUI SNEIDER	230301	30 $1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$162,500	CCF24	30	$1,300,000	$26,000		0	$0	$0	30	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$0	$0		$0	$0

Scanned with

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1022404921		NOMESQUI PERILLA SNEIDER HUMBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 7a bis 78f-07	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2928005	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2024-11	2024-11	1107298663	9477531160	I	2024/12/05	2024/12/09	BANCO DAVIVIENDA	4	$397,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$600	$0	$208,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$600	$0	$208,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$26,000	$100	$0	$26,100
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$26,000	$100	$0	$26,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$500	$0	$163,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$162,500	$500	$0	$163,000
TOTAL				1	$396,500	$1,200	$0	$397,700

Scanned with CamScanner



Bienvenido(a), **SNEIDER NOMESQUI PERILLA**

Viernes 6 de Diciembre de 2024, 06:51 PM

Código único CUS: 1107298663

APORTES EN LINEA

Motivo
Pago de la Planilla de aportes con clave: 9477531160

Número de Aprobación
00298663

Fecha
06/12/2024

Dirección IP
191.95.39.230

Valor transacción
$397.700,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1
191.95.39.230

Referencia 2
CC

Referencia 3
1022404921

Esta transacción estará sujeta a verificación

Terminar **Guardar PDF**

Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2024.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA