X 31 HORAS

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	MARY LUZ BELTRAN ARANGO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	52.434.884
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 3618 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:	$ 52.185.916		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 414.532
Nº DE INFORME:	16	Nº CRP:	10684	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:	21.	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	21	PRORROGAS	18	
VALOR ADICIONADO	$ 2.955.748	CDP DE LA ADICIÓN:	1161	CRP DE LA ADICIÓN:	17989	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.163.364	CDP DE LA ADICIÓN:	1520	CRP DE LA ADICIÓN:	21985	TIEMPO PRORROGADO:	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 1.644.756	CDP DE LA ADICIÓN:	1715	CRP DE LA ADICIÓN:	24498	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 5.161.592	CDP DE LA ADICIÓN:	2106	CRP DE LA ADICIÓN:	30510	TIEMPO PRORROGADO:	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.473.820	CDP DE LA ADICIÓN:	2800	CRP DE LA ADICIÓN:	37544	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.448	CDP DE LA ADICIÓN:	3417	CRP DE LA ADICIÓN:	40593	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.233.480	CDP DE LA ADICIÓN:	3850	CRP DE LA ADICIÓN:	44714	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.496.269	CDP DE LA ADICIÓN:	4129	CRP DE LA ADICIÓN:	50317	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.628.935	CDP DE LA ADICIÓN:	211	CRP DE LA ADICIÓN:	10092	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ 2.059.288	CDP DE LA ADICIÓN:	399	CRP DE LA ADICIÓN:	14851	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.448	CDP DE LA ADICIÓN:	489	CRP DE LA ADICIÓN:	17603	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.690.672	CDP DE LA ADICIÓN:	892	CRP DE LA ADICIÓN:	19567	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.448	CDP DE LA ADICIÓN:	1322	CRP DE LA ADICIÓN:	26332	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 2.824.980	CDP DE LA ADICIÓN:	1712	CRP DE LA ADICIÓN:	30372	TIEMPO PRORROGADO:	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.548	CDP DE LA ADICIÓN:	2248	CRP DE LA ADICIÓN:	34470	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 3.691.672	CDP DE LA ADICIÓN:	2562	CRP DE LA ADICIÓN:	38215	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.448	CDP DE LA ADICIÓN:	3170	CRP DE LA ADICIÓN:	41572	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.448	CDP DE LA ADICIÓN:	3525	CRP DE LA ADICIÓN:	43843	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.230.224	CDP DE LA ADICIÓN:	3954	CRP DE LA ADICIÓN:	47861	TIEMPO PRORROGADO:	16 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.448	CDP DE LA ADICIÓN:	4011	CRP DE LA ADICIÓN:	48915	TIEMPO PRORROGADO:	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 408.432	CDP DE LA ADICIÓN:	4170	CRP DE LA ADICIÓN:	51212	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

ÍTEM	(Deben ser coherentes con las actividades especificas 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: Realizar las actividades descritas en el lineamiento vigente del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según el convenio con la Subred Centro Oriente. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar actividades programadas en el cronograma mensual y realizar las observaciones pertinentes frente a las actividades que se realizaron y que no estaban plasmadas dentro del cronograma mensual. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en magnético
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: Cumplir con el protocolo y los procesos de vacunación segura con el fin de mantener y mejorar la calidad del servicio de vacunación. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en magnético
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: Cumplir con el protocolo y los procesos de vacunación segura con el fin de mantener y mejorar la calidad del servicio de vacunación. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en magnético
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: Leer y realizar apropiación conceptual según el Manual técnico Administrativo del PAI, las circulares y lineamientos vigentes del PAI. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en magnético
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: Realizar entevista indagando antecedentes patologicos, farmacologicos, estado actual de la persona a vacunar, dar educación al usuario sobre cuidados pos vacunales. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico
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: Identificar factores de riesgo con el proposito de activar las rutas integrales de atención en salud.Educar a los usuarios sobre la importancia del autocuidado. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en magnético
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: brindar asistencia tecnica según la poblacion objeto del PAI dentro de las estrategias programadas a realizar . 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en magnético
9	1. OBLIGACIÓN: Activar y notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: realizar el reporte oportuno según ficha de notificación establecida para cada evento. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico
10	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Responder por los archivos de los documentos SIS 150, Hojas de temperatura, cronogramas, disentimientos, consentimientos informados, estrategia de información, educación y comunicación. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): producto en físico - magnético
11	1. OBLIGACIÓN: Aplicación de la dosis de vacuna de acuerdo a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre la subred con el Fondo Financiero-SDS para el proceso de PAI. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar la administracion de los inmunobiologicos de acuerdo a la poblacion objeto del pai teniendo encuenta su inicio continuidad y terminacion de esquemas; para esto se debe tener encuenta (edad- esquema a administrar-cohorte de biologicos-anamnesis del paciente- aplicacion de los 10 correctos). 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico
12	1. OBLIGACIÓN: Diligenciar con calidad los formatos de la estrategia extramural PAI. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Diligenciar con calidad los formatos de la estrategia extramural PAI. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): producto en físico - magnético
13	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 actividades según necesidad de la Subred, en cualquiera de los espacios o procesos transversales de acuerdo a los lineamientos del contrato PSPIC. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): producto en físico - magnético

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	7949671628	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	SANITAS	4/12/2024	$ 162.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	4/12/2024	$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	4/12/2024	$ 31.700
OTRO			$ -
	TOTAL PAGADO		**$ 402.200**

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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

Mary Luz Beltran

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MARY LUZ BELTRAN ARANGO
CC: 52.434.884
CEL 3133687514

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: 31/01/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	MARY LUZ BELTRAN ARANGO	**CC:**	52.434.884
		RUT (NIT):	52434884-6
CORREO ELECTRÓNICO:	madyduz@gmail.com	**TELÉFONO:**	3133687514
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 9 ESTE 1B 42	**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:**	0570007271158599

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

N° DEL CONTRATO:	PS 3618 2023	**N° CDP:**	4011 - 4170	**N°. RP:**	48915 - 51212	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: **$ 52.185.916**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 3/12/2024 AL 31/12/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	$ 414.532					
	CUATROCIENTOS CATORCE MIL QUINIENTOS TREINTA Y DOS PESOS					

Mary Luz Beltran

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MARY LUZ BELTRAN ARANGO

CC: **52.434.884**

CEL: **3133687514**

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	MARY LUZ BELTRAN ARANGO
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	52.434.884

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 3618 2023			FECHA INICIO CONTRATO	27/03/2023
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.299.448				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 52.185.916			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 414.532
N° PAGO / N° DE INFORME:	16 de 16	N° CRP INICIAL:	10684	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:	7949671628			OPERADOR:	SOI
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GSP PSPIC - MACRO, MESO Y MICRO				
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:	21	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICIÓN (21)	PRÓRROGA (18)
VALOR ADICIONADO	$ 2.955.748	CDP DE LA ADICIÓN:	1161	RP DE LA ADICIÓN:	17989	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.163.364	CDP DE LA ADICIÓN:	1520	RP DE LA ADICIÓN:	21985	TIEMPO PRORROGADO:	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 1.644.756	CDP DE LA ADICIÓN:	1715	RP DE LA ADICIÓN:	24498	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 5.161.592	CDP DE LA ADICIÓN:	2106	RP DE LA ADICIÓN:	30510	TIEMPO PRORROGADO:	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.473.820	CDP DE LA ADICIÓN:	2800	RP DE LA ADICIÓN:	37544	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.448	CDP DE LA ADICIÓN:	3417	RP DE LA ADICIÓN:	40593	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.233.480	CDP DE LA ADICIÓN:	3850	RP DE LA ADICIÓN:	44714	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.496.269	CDP DE LA ADICIÓN:	4129	RP DE LA ADICIÓN:	50317	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.628.935	CDP DE LA ADICIÓN:	211	RP DE LA ADICIÓN:	10092	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ 2.059.288	CDP DE LA ADICIÓN:	399	RP DE LA ADICIÓN:	14851	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.448	CDP DE LA ADICIÓN:	489	RP DE LA ADICIÓN:	17603	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.690.672	CDP DE LA ADICIÓN:	892	RP DE LA ADICIÓN:	19567	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.448	CDP DE LA ADICIÓN:	1322	RP DE LA ADICIÓN:	26332	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 2.824.980	CDP DE LA ADICIÓN:	1712	RP DE LA ADICIÓN:	30372	TIEMPO PRORROGADO:	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.548	CDP DE LA ADICIÓN:	2248	RP DE LA ADICIÓN:	34470	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 3.691.672	CDP DE LA ADICIÓN:	2562	RP DE LA ADICIÓN:	38215	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.448	CDP DE LA ADICIÓN:	3170	RP DE LA ADICIÓN:	41572	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.448	CDP DE LA ADICIÓN:	3525	RP DE LA ADICIÓN:	43843	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.230.224	CDP DE LA ADICIÓN:	3954	RP DE LA ADICIÓN:	47861	TIEMPO PRORROGADO:	16 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.448	CDP DE LA ADICIÓN:	4011	RP DE LA ADICIÓN:	48915	TIEMPO PRORROGADO:	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 408.432	CDP DE LA ADICIÓN:	4170	RP DE LA ADICIÓN:	51212	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 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:
LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA
CARGO:
PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30

Luz Pineda D.

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
LUZ CONSUELO PINEDA DUEÑEZ
PERFIL:
PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE GESTION

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52434884
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			MARYLUZ BELTRAN ARANGO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	TRAB A ESTE 1 B 42	TELÉFONO:	3332958
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA							
NÚMERO PLANILLA:			7849671828	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	noviembre	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	noviembre	AÑO 2024
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/12/04	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1098430129

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
25-14	25-14 COLPENSIONES	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
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	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
14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 31.700	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 31.700
SUBTOTALES:									$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 31.700

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	IGE	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN						SALUD					ARP						CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
																											ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 52434884	BELTRAN ARANGO MARY LUZ	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE		$ 1.300.000				NO																		25-14 COLPENSIONES	30	1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	1.300.000	$ 52434884	$ 31.700	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 402.200

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52434884
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARYLUZ BELTRAN ARANGO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	TRA8 A ESTE 1 B 42	TELÉFONO:	3332958
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**7949671628**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	noviembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	noviembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/12/04	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1098439129

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		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 208.000
		SUBTOTAL:	1	$ 208.000
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 162.500
		SUBTOTAL:	1	$ 162.500
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860002503	14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1	$ 31.700
		SUBTOTAL:	1	$ 31.700

VALOR SIN MORA:	**$ 402.200**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 402.200**

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
1098439129

Destino de pago
SOI ACH

Motivo
Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales

Fecha
03/12/2024

Número de aprobación
00439129

Dirección IP
186.81.59.30

Valor transacción
$ 402.200,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
10.80.25.153	CC	52434884

Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017

DAVIVIENDA