

8 hrs.

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
JULIAN ALIRIO ROA MARTINEZ

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1,033,725,700

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO EN SANEAMIENTO AMBIENTAL 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 4093 2023	FECHA INICIO CONTRATO	27/03/2023
--	--------------	------------------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 2,443,152	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	UN (1) MES
-----------------------------------	--------------	-----------------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 56,583,274	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 113,656
---	---------------	--	------------

Nº DE INFORME:	17	Nº CRP:	11131	Nº CDP:	626
-----------------------	----	----------------	-------	----------------	-----

PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS: 1 AÑO 9 MESES 4 DIAS

UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: 6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO

NOMBRE DEL SUPERVISOR: LIDA ESPERANZA MONTIENEGRO PARRA
 PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	20	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	20	PRORROGAS	18
VALOR ADICIONADO	\$ 3,140,199	CDP DE LA ADICIÓN:	1161	CRP DE LA ADICIÓN:	18438	TIEMPO PRORROGADO: 1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 1,236,009	CDP DE LA ADICIÓN:	1520	CRP DE LA ADICIÓN:	22431	TIEMPO PRORROGADO: 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 1,747,461	CDP DE LA ADICIÓN:	1715	CRP DE LA ADICIÓN:	24936	TIEMPO PRORROGADO: 2 MESES
VALOR ADICIONADO	\$ 5,483,902	CDP DE LA ADICIÓN:	2106	CRP DE LA ADICIÓN:	30950	TIEMPO PRORROGADO: 23 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 3,139,747	CDP DE LA ADICIÓN:	2800	CRP DE LA ADICIÓN:	37967	TIEMPO PRORROGADO: 1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 2,614,088	CDP DE LA ADICIÓN:	3417	CRP DE LA ADICIÓN:	41011	TIEMPO PRORROGADO: 1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 1,990,566	CDP DE LA ADICIÓN:	3850	CRP DE LA ADICIÓN:	45102	TIEMPO PRORROGADO: 1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 1,578,453	CDP DE LA ADICIÓN:	4129	CRP DE LA ADICIÓN:	50711	TIEMPO PRORROGADO: 2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 2,793,096	CDP DE LA ADICIÓN:	211	CRP DE LA ADICIÓN:	10485	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	\$ 2,844,021	CDP DE LA ADICIÓN:	399	CRP DE LA ADICIÓN:	15244	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	\$ 2,614,088	CDP DE LA ADICIÓN:	489	CRP DE LA ADICIÓN:	17990	TIEMPO PRORROGADO: 1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 3,931,132	CDP DE LA ADICIÓN:	892	CRP DE LA ADICIÓN:	19953	TIEMPO PRORROGADO: 1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 2,614,088	CDP DE LA ADICIÓN:	1322	CRP DE LA ADICIÓN:	26710	TIEMPO PRORROGADO: 1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	\$ 2,614,088	CDP DE LA ADICIÓN:	1712	CRP DE LA ADICIÓN:	30701	TIEMPO PRORROGADO: 30 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 2,614,088	CDP DE LA ADICIÓN:	2248	CRP DE LA ADICIÓN:	34785	TIEMPO PRORROGADO: 1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	\$ 3,922,132	CDP DE LA ADICIÓN:	2562	CRP DE LA ADICIÓN:	38525	TIEMPO PRORROGADO: 1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 2,614,088	CDP DE LA ADICIÓN:	3170	CRP DE LA ADICIÓN:	41868	TIEMPO PRORROGADO: 1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 2,614,088	CDP DE LA ADICIÓN:	3525	CRP DE LA ADICIÓN:	44096	TIEMPO PRORROGADO: 1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 1,307,044	CDP DE LA ADICIÓN:	3954	CRP DE LA ADICIÓN:	48105	TIEMPO PRORROGADO: 16 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 2,727,744	CDP DE LA ADICIÓN:	4011	CRP DE LA ADICIÓN:	49164	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
Nº 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: Se desarrollaron visitas de inspección, vigilancia y control de perfil técnico en la localidades San cristobal. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato físicos de IVC en archivo central del área VSA y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA DC para el mes certificado.
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Las actividades desarrolladas se programan de acuerdo al censo establecido y direccionado por la Secretaria Distrital de Salud, alimentado de manera diaria y de acuerdo a los establecido por el líder de línea. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Censo establecido y direccionado por Secretaria Distrital de Salud.
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: Se desarrollaron visitas de inspección, vigilancia y control de perfil técnico en las localidades asignadas y de la línea respectiva. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato físicos de IVC en archivo central del área VSA y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA DC para el mes certificado.
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: Entrega con la calidad esperada de visitas de inspección, vigilancia y control de perfil técnico en las localidades asignadas. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato físicos de IVC en archivo central del área VSA y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA DC para el mes certificado.
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: Apropiación conceptual de los lineamientos técnicos enviados desde nivel central de la SDS y reinducciones direccionadas desde la línea de intervención. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta en poder de la líder de la línea de alimentos sanos y seguros de las localidades de San Cristobal.
6	1. OBLIGACIÓN: Realizar las visitas de inspección, vigilancia y control, desde su perfil, verificando el cumplimiento de las condiciones higiénicas y sanitarias descritas en la Ley 9 de 1979 y sus normas reglamentarias en los bienes y servicios a establecimientos objeto de la vigilancia Sanitaria y de las diferentes líneas de intervención de la vigilancia de la Salud Ambiental conforme a los lineamientos, anexos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizó acciones de Inspección, Vigilancia y Control como lo dispone la normatividad sanitaria vigente desde lo extramural. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato físicos de IVC en archivo central del área VSA y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA DC para el mes certificado.
7	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Soportes entregados de acuerdo a las políticas de gestión documental establecidas desde la Subred. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato físicos de IVC en archivo central del área VSA y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA DC para el mes certificado.
8	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: Actividades asignadas desde el componente de vigilancia de la salud ambiental. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato físicos de IVC en archivo central del área VSA y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA DC para el mes certificado.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9477412459	OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	COMPENSAR	6/12/2024	\$	162,500
PENSIÓN:	PROTECCION	6/12/2024	\$	208,000
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	6/12/2024	\$	31,700
OTRO	CCF COMPENSAR	6/12/2024	\$	26,000
TOTAL PAGADO			\$	428,200

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

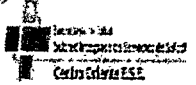
- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el IBC se calculó sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a EPS, ARL, Pensión, RUT)
- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo SECOP de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro.
- 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 periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JULIAN ALIRIO ROA MARTINEZ
CC: 1.033.725.700
CEL 3132537211



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN 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:	JULIAN ALIRIO ROA MARTINEZ	CC:	1,033,725,700
CORREO ELECTRÓNICO:	iroam1.subredcentroorient@gmail.com	RUT (NIT):	1033725700-0
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 19 C 56 20 SUR	TELÉFONO:	3132537211
		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 párrafo 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

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO BBVA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	181169392
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)					

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

Nº DEL CONTRATO:	PS 4093 2023	Nº CDP:	4011	Nº RP:	49164	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:	\$ 56,583,274

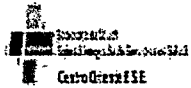
PERIODO OBJETO DE COBRO: DEL 3/12/2024 AL 31/12/2024

VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS) \$ 113,656

CIENTO TRECE MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JULIAN ALIRIO ROA MARTINEZ

CC: 1,033,725,700
CEL: 3132537211



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION DE CONTRATACION
FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION 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	JULIAN ALIRIO ROA MARTINEZ
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1,033,725,700

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO EN SANEAMIENTO AMBIENTAL 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.4093 2023	FECHA INICIO CONTRATO	27/03/2023		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 2,443,152				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 56,583,274		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 113,656	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	17 de 17	Nº CRP INICIAL:	11131	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	626
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PROROGAS	1 AÑO 9 MESES 4 DIAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9477412459	OPERADOR:	APORTES EN LINEA		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GSP PSPIC - VSA				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO-PARRA PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	20	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):			ADICIÓN (20)	PRÓRROGA (18)
VALOR ADICIONADO	\$ 3,140,199	CDP DE LA ADICIÓN:	1161	RP DE LA ADICIÓN:	18438	TIEMPO PRORROGADO: 1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 1,236,009	CDP DE LA ADICIÓN:	1520	RP DE LA ADICIÓN:	22431	TIEMPO PRORROGADO: 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 1,747,461	CDP DE LA ADICIÓN:	1715	RP DE LA ADICIÓN:	24936	TIEMPO PRORROGADO: 2 MESES
VALOR ADICIONADO	\$ 5,483,902	CDP DE LA ADICIÓN:	2106	RP DE LA ADICIÓN:	30950	TIEMPO PRORROGADO: 23 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 3,139,747	CDP DE LA ADICIÓN:	2800	RP DE LA ADICIÓN:	37967	TIEMPO PRORROGADO: 1-MES
VALOR ADICIONADO	\$ 2,614,088	CDP DE LA ADICIÓN:	3417	RP DE LA ADICIÓN:	41011	TIEMPO PRORROGADO: 1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 1,990,566	CDP DE LA ADICIÓN:	3850	RP DE LA ADICIÓN:	45102	TIEMPO PRORROGADO: 1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 1,578,453	CDP DE LA ADICIÓN:	4129	RP DE LA ADICIÓN:	50711	TIEMPO PRORROGADO: 2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 2,793,096	CDP DE LA ADICIÓN:	211	RP DE LA ADICIÓN:	10485	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	\$ 2,844,021	CDP DE LA ADICIÓN:	399	RP DE LA ADICIÓN:	15244	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	\$ 2,614,088	CDP DE LA ADICIÓN:	489	RP DE LA ADICIÓN:	17990	TIEMPO PRORROGADO: 1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 3,931,132	CDP DE LA ADICIÓN:	892	RP DE LA ADICIÓN:	19953	TIEMPO PRORROGADO: 1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 2,614,088	CDP DE LA ADICIÓN:	1322	RP DE LA ADICIÓN:	26710	TIEMPO PRORROGADO: 1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	\$ 2,614,088	CDP DE LA ADICIÓN:	1712	RP DE LA ADICIÓN:	30701	TIEMPO PRORROGADO: 30 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 2,614,088	CDP DE LA ADICIÓN:	2248	RP DE LA ADICIÓN:	34785	TIEMPO PRORROGADO: 1 MES Y 1 DIA

VALOR ADICIONADO	\$ 3,922,132	CDP DE LA ADICIÓN:	2562	RP DE LA ADICIÓN:	38525	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 2,614,088	CDP DE LA ADICIÓN:	3170	RP DE LA ADICIÓN:	41868	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 2,614,088	CDP DE LA ADICIÓN:	3525	RP DE LA ADICIÓN:	44096	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 1,307,044	CDP DE LA ADICIÓN:	3954	RP DE LA ADICIÓN:	48105	TIEMPO PRORROGADO:	16 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 2,727,744	CDP DE LA ADICIÓN:	4011	RP DE LA ADICIÓN:	49164	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)

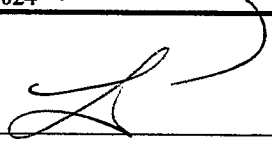
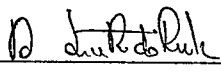
Nº DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA:	N/A	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	N/A

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
	 NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: JAVIER RICARDO PEÑUELA PEREZ PERFIL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE GESTION

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033725700		ROA MARTÍNEZ JULIÁN ALIRIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 19C NO 56 - 20 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	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	1104388438	9477412459	I	2024/12/03	2024/12/08	BANCO DAVIVIENDA		3	\$429,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$1,300,000	\$26,000			\$1,300,000	\$31,700			\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$1,300,000	\$26,000			\$1,300,000	\$31,700			\$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			\$1,300,000	\$31,700			\$0	\$0
1	CC	1033725700	ROA JULIAN	230201	30	\$1,300,000	\$208,000	EP5008	30	\$1,300,000	\$162,500	CCF24	30	\$1,300,000	\$26,000	14-7	30	\$1,300,000	\$31,700	30	\$0	\$0
Total Afiliados (1)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$1,300,000	\$26,000			\$1,300,000	\$31,700			\$0	\$0

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 1033725700		ROA MARTINEZ JULIAN ALIRIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 19C NO 56 - 20 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	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	1104388438	9477412459	1	2024/12/03	2024/12/05	BANCO DAVIVIENDA	3	\$429,300

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$208,000	\$500	\$0	\$208,500
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$208,000	\$500	\$0	\$208,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$31,700	\$100	\$0	\$31,800
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$31,700	\$100	\$0	\$31,800
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	\$400	\$0	\$162,900
COMPENSAR	EP5008	860,066,942	7	1	\$162,500	\$400	\$0	\$162,900
TOTAL				1	\$428,200	\$1,100	\$0	\$429,300



DAVIVIENDA

BANCO DAVIVIENDA S.A.

CERTIFICA:

Que **LILIANA MARCELA**, quien se identifica con **Cédula de ciudadanía No. 1033730569** y es titular de la cuenta terminada en ****2262** , realizó el siguiente pago a través de :

Fecha del pago	Valor	Destino	Factura - Referencia	Número de Autorización
05/12/2024	\$ 429.300,00 ✓	APORTES EN LINEA	1104388438	04388438

Se expide en Bogotá, el 05-12-2024. ✓

Atentamente,

BANCO DAVIVIENDA S.A.

Banco Davivienda S.A.