

III. POLIZAS

¿FACTÓ 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)

1	<p>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</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar tareas y demás actividades de manera oportuna y de calidad, con el visto bueno del referente encargado.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Documentos físicos, magnéticos, bases, drive.</p>
2	<p>1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se envía mensualmente cronograma al referente encargado.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Documentos físicos, magnéticos, bases, drive.</p>
3	<p>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</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se presentan las actividades que pueden surgir en el programa.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Documentos físicos, magnéticos, bases, drive.</p>
4	<p>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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Tener una apropiación clara de los lineamientos y actividades a desarrollar.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Documentos físicos, magnéticos, bases, drive.</p>
5	<p>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</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizan bases de datos de acuerdo a los requerimientos del programa.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Documentos físicos, magnéticos, bases, drive.</p>
6	<p>1. OBLIGACIÓN: Realizar las visitas de inspección y 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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se actualiza los documentos de acuerdo a los soportes físicos que hacen entrega los diferentes colaboradores del programa.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Documentos físicos, magnéticos, bases, drive.</p>
7	<p>1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Organizar archivo generado por las diferentes actividades.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Documentos físicos, magnéticos, bases, drive.</p>
8	<p>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</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Cumplir 100% con las actividades requeridas en el contrato.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Documentos físicos, magnéticos, bases, drive.</p>

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

Nº DE PLANILLA:	947775057	OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VÁLOR PAGADO	
SALUD:	SANITAS	10/12/2024	\$	162,500
PENSIÓN:	PORVENIR	10/12/2024	\$	208,000
RIESGOS LABORALES:	SURA	10/12/2024	\$	31,700
OTRO:	CCF COMPENSAR	10/12/2024	\$	26,000
TOTAL PAGADO			\$	428,200

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 anexé 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)
- 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 periodo correspondiente

[Firma manuscrita]

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ERIKA KATHERINE ORTEGA GONZALEZ
CC: 1.023.922.639
CEL 3004196002

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:	ERIKA KATHERINE ORTEGA GONZALEZ	CC:	1,023,922,639
CORREO ELECTRÓNICO:	erikakatherin.ort@gmail.com	RUT (NIT):	1023922639-7
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 11A 31 16 SUR	TELÉFONO:	3004196002
		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:	SCOTIABANK COLPATRIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	4672018823
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					

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

Nº DEL CONTRATO:	PS 4511 2024	Nº CDP:	4011 - 4170	Nº RP:	48739 - 51174	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: \$ 12,047,536	
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)	\$ 284,140					
	DOSCIÉNTOS OCHENTA Y CUATRO MIL CIENTO CUARENTA PESOS					



NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ERIKA KATHERINE ORTEGA GONZALEZ

CC: 1,023,922,639
 CEL: 3004196002

VALOR ADICIONADO		GDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		GDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		GDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		GDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		GDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		GDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		GDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		GDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS (SI APLICA)


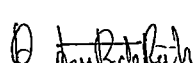
Nº DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	N/A

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
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	
	NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: JAVIER RICARDO PEÑUELA PEREZ PERFIL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE GESTION

