	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

LEIDY GERALDINE RUBIO VASQUEZ

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1,021,665,033				
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 4295 2025		**FECHA INICIO CONTRATO**	24/01/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 13,204,404	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	CINCO (5) MESES Y ONCE (11) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 13,204,404		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 2,460,448
N° DE INFORME:	2	**N° CRP:**	10028	**N° CDP:**	121
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	CINCO MESES Y ONCE 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

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	0	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	0	**PRORROGAS**	0	
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:**	
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
N° 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: Reunión de socialización de meta del mes de ENERO 2025 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta de participación con listado de asistencia en custodia de la coordinación
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Elaboración de Cronograma de Actividades del mes de FEBRERO 2025 con actualización periodica 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Cronograma Digital y físico en custodia de la coordinación
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: Colocar las actividades propias del producto y de su perfil 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Colocar el lugar donde reposa la información, bases de datos, PAI DISTRITAL, etc
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: Participación en la reunión del Entorno Cuidador Educativo programada para el mes de FEBRERO 2025 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta de participación con listado de asistencia en custodia de la coordinación
5	1. OBLIGACIÓN: Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad del dato requerida (oportunidad, consistencia, exactitud) desde su perfil profesional y conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Colocar las actividades propias del producto y de su perfil, anexar al final de las mismas lo siguiente, "según las actividades propias del lineamiento para el perfil de auxiliar de enfermeria y según la calidad esperada para el mismo" 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Colocar el lugar donde reposa la información, bases de datos, PAI DISTRITAL, etc
6	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: No se realiza esta actividad en el mes de FEBRERO 2025 según programación de actividades 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Durante el mes correspondiente no se ejecutaron actas de apropiación conceptual
7	1. OBLIGACIÓN: Realizar revisión y responder por los formatos de captura, documentos, bases o informes generados como resultado de las acciones o intervenciones realizadas de acuerdo a los lineamientos técnicos de los entornos y procesos transversales del convenio Interadministrativo PSPIC 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Durante el mes de FEBRERO 2025 se realizan los respectivos informes y solicitudes propias a los lineamientos de SDS y a los compromisos adquiridos con los mismos 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Carpeta digital del producto compartida con el apoyo del entorno
8	1. OBLIGACIÓN: Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Durante el mes de FEBRERO 2025 no se evidencian eventos de interés de salud públia para notificación 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Durante el mes correspondiente no se evidencian eventos de interés de salud pública de notificación
9	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizan acciones de gestión documental de acuerdo a planeación del apoyo a la gestión, correspondiente a la actualización para transferencia de archivo 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Cajas de organización y archivo FUID
10	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: En el mes de FEBRERO 2025 se realiza el proceso de 15 canalizaciones. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de canalización y seguimiento enviado vía correo electrónico a canalizaciones
11	1. OBLIGACIÓN: El contratista se obliga a que las glosas que se generen por incumplimiento de las obligaciones contractuales y de acuerdo a los hallazgos que identifique el equipo de seguimiento y/o interventoría del FFDS_SDS al Convenio Interadministrativo PSPIC (conforme al anexo de CRITERIOS DE GLOSA), serán causal de inicio de apertura de procedimiento administrativo sancionatorio de incumplimiento contractual. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Hasta el mes de FEBRERO 2025 no se han obtenido glosas para el producto o proceso ejecutado, cumpliendo con oportunidad y calidad con los productos solicitados en lineamiento bajo el convenio interadministrativo PSPIC y FFDS_SDS 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Durante el mes correspondiente no se ha obtenido ninguna glosa del proceso
12	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: Se realizan actividades requeridas de acuerdo a la necesidad de la ejecución del contrato. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soportes requeridos de acuerdo a la actividad

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	1070411200-1070467400	**OPERADOR:**	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	FAMISANAR	13/02/2025	$ 23,800
PENSIÓN:	PORVENIR	13/02/2025	$ 30,400
RIESGOS LABORALES:	SURA	13/02/2025 -17/02/2025	$ 4,700
OTRO			
TOTAL PAGADO			**$ 58,900**

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 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

Leidy Rubio

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LEIDY GERALDINE RUBIO VASQUEZ
CC: 1,021,665,033
CEL 3117093154

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: 28/02/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	LEIDY GERALDINE RUBIO VASQUEZ	**CC:**	1,021,665,033
		RUT (NIT):	1021665033-4
CORREO ELECTRÓNICO:	leidygeraldinrubiovasquez@gmail.com	**TELÉFONO:**	3117093154
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 10 SUR 5 14 ESTE	**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				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**Nº CUENTA:**	4672027172

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	PS 4295 2025	**Nº CDP:**	121	**Nº. RP:**	10028	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: CINCO MESES Y ONCE DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	24/01/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		30/06/2025		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 13,204,404
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/02/2025 AL 28/02/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 2,460,448					
	DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS					

Leidy Rubio.

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LEIDY GERALDINE RUBIO VASQUEZ

CC: **1,021,665,033**
CEL: **3117093154**

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	LEIDY GERALDINE RUBIO VASQUEZ
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1,021,665,033
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 4295 2025	**FECHA INICIO CONTRATO**	24/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 13,204,404		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 13,204,404	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2,460,448

Nº PAGO / Nº DE INFORME:	2 de 2	**Nº CRP INICIAL:**	10028	**Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO**	121
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO MESES Y ONCE DIAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1070411200-1070467400	**OPERADOR:**	SIMPLE		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GSP PSPIC - EDUCATIVO				
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									
Nº DE MODIFICACIÓN:	0	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**					ADICIÓN (0)		PRÓRROGA (0)
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:**		
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:**		
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:**		
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

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-02-13, 02:05:06 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1070411200

Periodo Cotización: enero de 2025 **Periodo Servicio:** enero de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8822902507

PAGADO 13/02/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LEIDY GERALDINE RUBIO VASQUEZ		
Documento	CC1021665033	**Dirección**	CL 10SUR SUR #5 SUR - 14 CALLE 10 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3223981353
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																						Pensiones		Salud		Riesgos		Cajas		Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	DNO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días IRP	Días PEN	Días ING	Días RET	Días VSP	Días VST	Días SLN	Días IGE	Días LMA	Días VAC	Días AVP	Días VCT	IBC	Días COT	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 Mineducación	Total
CC 1021665033	LEIDY GERALDINE RUBIO VASQUEZ	59	00	X																	0	4	4	0									0	4	(220301) PORVENIR	$ 189,800	$ 30,400	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 189,800	$ 23,600	0,522	$ 189,800	$ 1,000	(NIN-CCI) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 55,200

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
$ 189,800	$ 189,800	$ 189,800	$ 0	$ 30,400	$ 23,600	$ 1,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 55,200	$ 300	$ 55,500

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6845444 - 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.

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 **cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al período del 01/02/2025 al 28/02/2025

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 AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
YOHNNY LIRIOLA HERNANDEZ GARCIA
PERFIL:
PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE GESTION

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-02-17, 08:25:10 AM **Tipo Planilla:** N: PLANILLA CORRECCIONES **Numéro Planilla:** 1070467400

Nro Planilla Corregida: 1070411200 **Periodo Cotización:** enero de 2025 **Periodo Servicio:** enero de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8822907527

PAGADO 17/02/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LEIDY GERALDINE RUBIO VASQUEZ		
Documento	CC1021665033	**Dirección**	CL 10SUR SUR #5 SUR - 14 CALLE 10 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3223981353
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

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 A FAVOR	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC LR	AVP	VCT	Dias APO	Dias APO Mes Mora	Dias COT	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 Mineducación	Total
CC 1021665033	LEIDY GERALDINE RUBIO VASQUEZ	59	00	X							A								0	4	4	4	0	(230301) PORVENIR	$ 199,800	$ 30,436	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 169,800	$ 23,800	0,322	$ 199,800	$ 1,600	(ARI-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 55,200
CC 1021665033	LEIDY GERALDINE RUBIO VASQUEZ	59	00	X							C								0	4	4	4	0	(230301) PORVENIR	$ 199,800	$ 30,436	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 169,800	$ 23,800	2,475	$ 199,800	$ 4,700	(ARI-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 59,900

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
$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3,700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3,700	$ 100	$ 3,800

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.

Scotiabank

Colpatria

CORRESPONSAL BANCARIO
SCOTIABANK COLPATRIA

Puntored no te cobra por esta transacc:

Pago de facturas

TRANSACCIÓN EXITOSA

Fecha 13/02/2025
Hora 13:40:56
Terminal 396701
Convenio PILA PLANILLA ASISTIDA SIMPLE
Cod. Convenio 0408
Referencia 8822902507
Valor $55,500
Transacción 001107073332
Usuario WILFREDY MONTERREY CRUZ

Línea de atención personalizada en Bog:
3487881 Resto del País: 01 8000 960 50!
Aquí también puede pagar su tarjeta de
crédito y créditos de consumo del Banc:
Scotiabank Colpatria

BANCO SCOTIABANK COLPATRIA VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBI

Powered by CamScanner

Transacción exitosa

Empresa o servicio

PAGO SIMPLE (PILA) 01556281

Número de referencia de pago

8822907527

Valor a pagar

$ 3.800,00

Fecha y hora de la transacción

17/02/2025 - 08:07

Número de autorización

712653

Finalizar

Powered by CamScanner