| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Centro Oriente E.S.E. | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E<br>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN<br>FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN | CÓDIGO: AP-IA-FT-077<br>VERSIÓN: 2<br>FECHA: 2024-09-16 |

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y**

**PAOLA ANDREA CARDENAS FONSECA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | 1.022.974.950 | | | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR | | | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 5241 2024** | | **FECHA INICIO CONTRATO** | | **24/10/2024** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | **$** 3.280.499 | **PLAZO INICIAL DEL CONTRATO** | UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | **$** 8.939.359 | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | | $ 738.112 |
| **N° DE INFORME:** | 6 | **N° CRP:** | 44762 | **N° CDP:** | 3662 |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05 | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:** | 3 | **TIPO DE MODIFICACIÓN** | **ADICIÓNES** | 3 | **PRORROGAS** | 3 | |
| **VALOR ADICIONADO** | **$** 738.112 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 4053 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 49649 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | **$** 2.460.374 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 4120 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 50798 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | **$** 2.460.374 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 46 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 7762 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |

**III. POLIZAS**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?** | **SI** | | **NO** | **X** | |
| **N° 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<br>(Deben ser coherentes con las obligaciones especificas del contrato realizadas durante el mes) |
|---|---|
| 1 | REALIZAR DILIGENCIAMIENTO OPORTUNO DEL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DONDE SE DESARROLLAN LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS EN CAMPO DISPUESTAS EN EL NUEVO LINEAMIENTO. |
| 2 | REALIZAR CARACTERIZACION Y ACTUALIZACION A LAS FAMILIAS PRIORIZADAS EN EL TERRITORIO ADSCRITO POR PARTE DE PROMOTORA EN LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE, UPZ 054 MARRUECOS, BARRIO EL SOCORRO II SECTOR. |
| 3 | DAR CUMPLIMIENTO A LAS ASISTENCIAS TECNICAS PROGRAMADAS POR LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD EL 2 DE DEL 2024 CON EL TEMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. |
| 4 | DAR CUMPLIMIENTO A LAS REUNIONES DE EQUIPO CONVOCADAS POR PARTE DE EBEH POR PROFESIONLES DE APOYO DE LA LOCALIDAD RAFAEL URIBE URIBE. |
| 5 | EJECUTAR LA META PROGRAMADA DEL 1 AL 9 DE DEL 2024 CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD DE RESPUESTA A LAS NECESIDADES IDENTIFICADAS EN EL TERRITORIO Y A LAS FAMILIAS ABORDADAS DE UN TOTAL DE INTERVENCIOES. |
| 6 | ASISTENCIA A PREAUDITORIA DEL PERIODO ESTABLECIDO, REALIZANDO ENTREGA DE DOCUMENTO EN FISICO DE PLANILLAS CON LAS FAMILIAS CARACTERIZADAS COMO SOPORTE DE LA INTERVENCION, CUMPLIENDO CON LA CALIDAD Y ENTREGA OPORTUNA. |
| 7 | NOTIFICAR DE MANERA OPORTUNA LOS EVENTOS EN INTERES IDENTIFICADOS EN LAS INTERVENCIONES DONDE SE IDENTIFCAN LOS RIESGOS EN SALUD PARA BRINDAR UNA ATNECION OPORTUNA. |
| 8 | REALIZAR CANALIZACION Y AGENDAMIENTO EN TIEMPO REAL A LA POBLACION INADHERENTE A CONSULTAS DE LOS PROGRAMAS DE PYM SEGÚN CURSO DE VIDA, DANDO RESPUESTA A LAS NECESIDADES IDENTIFICADAS EN LAS FAMILIAS. |
| 9 | REALIZAR LAS CORRESPONDIENTES DERIVACIONES A LOS PROFESIONALES DE EBEH POR PARTE DE LAS PROMOTORAS QUE INDICA LA GUIA OPERATIVA DE MANERA OPORTUNA PARA REALIZAR SU SEGUIMIENTO A LA IDENTIFICACION DE RIESGO EN SALUD. |
| 10 | ENTREGA DE CUENTA DE COBRO DEL MES DE DEL 2024, SEGÚN CRONOGRAMA DISPUESTO POR TECNICOS ADMINISTRATIVOS ADJUNTANDO SOPORTES DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL. |

**V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

| **No. DE PLANILLA:** | 1070287325 | **OPERADOR:** | SIMPLE | |
|---|---|---|---|---|
| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** | |
| **SALUD:** | NUEVA EPS | 10/02/2025 | $ | 178.000 |
| **PENSIÓN:** | PROTECCION | 10/02/2025 | $ | 227.800 |
| **RIESGOS LABORALES:** | SEGUROS BOLIVAR | 10/02/2025 | $ | 34.700 |
| **OTRO** | CCF COMPENSAR | 10/02/2025 | $ | 28.500 |
| | **TOTAL PAGADO** | | **$ 469.000** | |

**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 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, 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

Paola Cardenas

**PAOLA ANDREA CARDENAS FONSECA**
**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA**
**CC: 1.022.974.950**
**CEL: 3225924994**

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-014**<br>**VERSIÓN: 6**<br>**FECHA: 2024-09-16** |

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:** 28/2/2025

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **PAOLA ANDREA CARDENAS FONSECA** | **CC:** | 1.022.974.950 |
| | | **RUT (NIT):** | |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | p.a.c2@hotmail.com | **TELÉFONO:** | 3225924994 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | CL 80 SUR 8 D 18 | **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.

| | | |
|---|---|---|
| **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:** | **004870359926** |

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

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 5241 2024** | **Nº CDP:** | **4053** | **NºCRP:** | **44762** | **PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:**<br>**TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | **9/02/2025** | | **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUDO ADICIONES :**<br>**$ 8.939.359** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | 01/02/2025 AL 09/02/2025 | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)** | $ 738.112 | | | | | |
| | **SETECIENTOS TREINTA Y OCHO MIL CIENTO DOCE PESOS M/CTE** | | | | | |

Paola Cardenas

**NOMBRE:** **PAOLA ANDREA CARDENAS FONSECA**
**CC** **1.022.974.950**
**CEL** **3225924994**

| | | |
|---|---|---|
| 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<br>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN<br>FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION | CÓDIGO: AP-IA-FT-078<br>VERSIÓN: 2<br>FECHA: 2024-09-16 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | | | |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | | | **PAOLA ANDREA CARDENAS FONSECA** | | |
| **NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | | | **1.022.974.950** | | |
| **I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | | | | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR | | | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 5241 2024** | | **FECHA INICIO CONTRATO** | **24/10/2024** | |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 3.280.499 | | | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 8.939.359 | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 738.112 | |
| **N° PAGO / N° DE INFORME:** | **6** | **N° CRP INICIAL:** | | **N° CDP INICIAL DEL CONTRATO** | **3662** |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS | | | | |
| **N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:** | 1070287325 | | **OPERADOR:** | SIMPLE | |
| **PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:** | CONVENIO MAS BIENESTAR - DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05 | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DE MODIFICACIÓN:** | N° (3) | **TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):** | | | | ADICION (3 ) | PRORROGA (3) |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 738.112 | **CDP DE LA** | 4053 | **RP DE LA** | 49649 | **TIEMPO** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 2.460.374 | **CDP DE LA** | 4120 | **RP DE LA** | 50798 | **TIEMPO** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 2.460.374 | **CDP DE LA** | 46 | **RP DE LA** | 7762 | **TIEMPO** | UN (1) MES |

**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 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 articulo 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 01/02/2025 AL 09/02/2025

| | |
|---|---|
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:** | **NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:**<br>**LORENZA BECERRA CAMARGO**<br>**CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05** |
| | **NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:**<br>**LILIANA TELLEZ VALBUENA**<br>**PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR** |

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-078**<br>**VERSIÓN: 2**<br>**FECHA: 2024-09-16** |

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y**

| | |
|---|---|
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | **PAOLA ANDREA CARDENAS FONSECA** |
| **NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | **1.022.974.950** |

**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS**

| | |
|---|---|
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 5241 2024** | | **FECHA INICIO CONTRATO** | | **10/01/2025** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ | 3.280.499 | | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ | 8.939.359 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ | 738.112 |
| **N° PAGO / N° DE INFORME:** | **6** | **N° CRP INICIAL:** | 7262 | **N° CDP INICIAL DEL CONTRATO** | **3662** |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS | | | | |
| **N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:** | 1070287325 | | **OPERADOR:** | SIMPLE | |
| **PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:** | CONVENIO MAS BIENESTAR - DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05 | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| **N° DE MODIFICACIÓN:** | N° (3) | **TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRORROGA):** | | | | ADICION (3) | PRORROGA (3) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **VALOR ADICIONADO** | $ 738.112 | **CDP DE LA** | 4053 | **RP DE LA** | | **TIEMPO** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA** | | **RP DE LA** | | **TIEMPO** | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA** | | **RP DE LA** | | **TIEMPO** | |

**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 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 01/02/2025 AL 09/02/2025

| | |
|---|---|
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:** | **NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:**<br>**LORENZA BECERRA CAMARGO**<br>**CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05** |
| | L.T.U<br>**NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:**<br>**LILIANA TELLEZ VALBUENA**<br>**PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR** |

Simple

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-02-11, 04:03:58 P. M. Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1070287325

Periodo Cotización: enero de 2025 Periodo Servicio: enero de 2025 Referencia pago 8822890219

PAGADA 10/02/2025

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| Razón Social | PAOLA ANDREA CARDENAS FONSECA | | |
| Documento | CC1022974950 | Dirección | CL 80 SUR #8 D - 18 APTO 202 |
| Tipo de Empresa | INDEPENDIENTE | Teléfono | 3225924994 |
| Tipo Persona | NATURAL | Forma Presentación | ÚNICO |
| Ciudad | BOGOTA D.C. | Departamento | BOGOTA D.C. |
| Representante Legal | | Identificación | |
| Total Afiliados | 1 | ARP | SEGUROS BOLIVAR |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET-P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días APP | Días DTC | Días APP | Días CCF | 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 Ministerio | Total |
| CC 1022974950 | PAOLA ANDREA CARDENAS FONSECA | 59 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION | $1.423.500 | $227.800 | (EPS037) NUEVA EPS S.A. | $1.423.500 | $178.000 | 2.436 | $1.423.500 | $34.700 | (CCF24) COMPENSAR CCF | $1.423.500 | $28.500 | $0 | $0 | $0 | $0 | $469.000 |

## 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) | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $1.423.500 | $1.423.500 | $1.423.500 | $1.423.500 | $227.800 | $178.000 | $34.700 | $28.500 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $469.000 | $0 | $469.000 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - 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.

5XITO-USME
COMPRA Y RECOGE TEL 3052587421

879893 *SIMPLE S.A. NUEVO 469.000
Factura: 8822890219
**** SUBTOTAL/TOTAL >>>> $ 469.000
EFECTIVO 470.000

FACTURAS APROBADAS
Fac.8822890219 Apro:030292 BANCO:0052
CAMBIO 1.000
TARIFAS IVA

| TARIFA | COMPRA | BASE/IMP. | IVA |
|---|---|---|---|
| =00% | 469000 | 469000 | 0 |
| TOTAL= | 469000 | 469000 | 0 |

>> MAPA:4021 ID:2025021-0133013
Vr.POS:264 Motor:7.1.15#247
TOTAL ARTICULOS COMPRADOS = 1
Almacenes Exito S.A. Nit 890.900.608-9
AUTORRETENEDOR RES.8825 DE 16/NOV/2016
PARA RECLAMOS LLAMAR AL 018000428800
RESPONSABLE DE IVA- GRAN CONTRIBUYENTE
---
-
10/FEB/2025 13:45 0097 13 0049 4777



NUT:20250210009700130049
8W7Z2

TIQUETE INFORMATIVO DE VENTA
NUMERO DR: LW0937237 469.000
TOTAL TRANSACCION: 469000
Este documento no es Factura de venta.

Powered by CamScanner