| | | |
|---|---|---|
| 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 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** | | | | | |
| **NORLEY ERNESTO MORENO TORRES** | | | | | |
| **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | 1,024,520,227 | | | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN INGENIERIA SANITARIA 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 4115 2025 | | **FECHA INICIO CONTRATO** | 01/01/2025 | |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 3,998,136 | **PLAZO INICIAL DEL CONTRATO** | UN (1) MES | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 24,763,655 | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 4,127,120 | |
| **N° DE INFORME:** | 5 | **N° CRP:** | 5798 | **N° CDP:** | 5 |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | 5 MESES 29 DIAS | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | 6BH CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | MARIA CRISTINA DUARTE GARZON<br>PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 29 | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:** | 4 | **TIPO DE MODIFICACIÓN** | **ADICIONES** | 4 | **PRORROGAS** | 3 | |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 3,998,136 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 470 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 10683 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 1 MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 3,998,136 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 653 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 11224 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 1 MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 11,994,408 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1069 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 12761 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 3 MESES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 774,839 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1147 | **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<br>(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.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se desarrollaron intervenciones como profesional en ingeniería sanitaria, en donde se atienden los brotes epidemiologicos notificados, se realiza el seguimiento presencial e cada brote atendido y se desarrolla la documentación física y digital de soportes de cada intervención.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): SIVIGILA2025$\250_48_8_EMERGENCIAS\2.ATENCION_UYE\1.SOPORTES_VISITAS\4_ABRIL |
| 2 | 1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Las actividades desarrolladas se programaron de acuerdo a las actividades designadas según reporte de brotes, alimentado de manera diaria y de acuerdo a lo establecido por el lider operativo.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): https://subredcentrooriente-my.sharepoint.com/:x:/r/personal/givspcentrooriente_subredcentrooriente_gov_co/_layouts/15/Doc.aspx?sourcedoc=%7B480DD7CE-A08E-435A-A11E-55498E1E6FB4%7D&file=CRONO_ABRIL.xlsm&action=default&mobileredirect=true |
| 3 | 1. OBLIGACIÓN: Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes que se solicite conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se presentaron las actas y formatos diligenciados correspondientes a cada intervención realizada, al igual que el diligenciamiento de cada acta<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): SIVIGILA2025$\250_48_8_EMERGENCIAS\2.ATENCION_UYE\1.SOPORTES_VISITAS\3_MARZO |
| 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.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se desarrollaron intervenciones epidemiologica de campo, atendiendo brotes epidemiologicos notificados, búsquedas activas y seguimiento presencial de cada brote atendido.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas de Reunion intervención en campo , informes de Investigaciones Epidemiologicas de Campo, envios de correos, censos poblacionales. |

| | |
|---|---|
| 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.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se desarrollaron intervenciones como profesional en ingenieria sanitaria, atendiendo brotes epidemiologicos notificados, búsquedas activas y seguimiento presencial de cada brote atendido.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): SIVIGILA2025$\250_48_8_EMERGENCIAS\2.ATENCION_UYE\1.SOPORTES_VISITAS\4_ABRIL\172.26.33.40\sivigila2025$\250_46_8_EMERGENCIAS\2.ATENCION_UYE\3.GESTION_RIESGO\1.ACOMPAÑAMIENTOS_PGER\4_ABRIL\NORLEY \\172.26.33.40\sivigila2025$\250_46_8_EMERGENCIAS\2.ATENCION_UYE\3.GESTION_RIESGO\2.EDRE |
| 6 | 1. OBLIGACIÓN: Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizó apropiación conceptual de los lineamientos técnicos enviados desde nivel central de la SDS, reuniones de fortalecimientos direccionadas desde la línea de intervención por lider del proceso.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2025$\250_46_8_EMERGENCIAS |
| 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<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Verificación digital de las intervenciones realizadas en el marco de las actividades asignadas establecidas tanto en la atención de brotes epidemiologicos diligenciado base en linea, base nominal y tablero de control<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): SIVIGILA2025$\250_48_8_EMERGENCIAS\2.ATENCION_UYE\1.SOPORTES_VISITAS\4_ABRIL https://docs.google.com/forms/d/1OFSkyQ0tD3BN3Ksxc9Z1swvLWOwlHAs6qCrfDRPgMaw/viewform?pli=1&ts=6772e6bb&pli=1&edit_requested=true https://saludcapitalgovco-my.sharepoint.com/:x:/r/personal/brotesvsp_saludcapital_gov_co/_layouts/15/Doc.aspx?sourcedoc=%7B98A99ECE-ADB3-4BD5-94B5-F855A2CD27E7%7D&file=BASE%20NOMINAL.xlsx&action=default&mobileredirect=true |
| 8 | 1. OBLIGACIÓN: Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza el reporte de urgencia y emergencia en eventos de interes en salud pública a nivel central según disponibilidad<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \172.26.33.40\sivigila2025$\250_46_8_EMERGENCIAS\2.ATENCION_UYE\1.SOPORTES_VISITAS\4_ABRIL |
| 9 | 1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizó gestión documental de acuerdo a la necesidad de las actividades desarrolladas tanto en la atención de los brotes epidemiologicos, como de los productos de gestión del riesgo como el acompañamiento a planes de emergencia y socialización de la EDRE<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soportes fisicos alojados en carpetas, al igual que en digital en: \\172.26.33.40\sivigila2025$\250_46_8_EMERGENCIAS\2.ATENCION_UYE\3.GESTION_RIESGO\1.ACOMPAÑAMIENTOS_PGER\4_ABRIL\NORLEY\\172.26.33.40\sivigila2025$\250_46_8_EMERGENCIAS\2.ATENCION_UYE\1.SOPORTES_VISITAS\4_ABRIL |
| 10 | 1. OBLIGACIÓN: Dar cumplimiento a las actividades de los procesos TRANSVERSALES del PSPIC, de acuerdo a su competencia: CANALIZACIONES, PAI, Educación para la Salud Publica, GESI, ACCVSyE, Notificación de EISP y Participación Social.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza canalizacion a VSA y se participa en la reunion de area correspondiente al mes de febrero 2025 donde se abordan temas transversales de: PAI y ERA<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \172.26.33.40\sivigila2025$\250_46_8_EMERGENCIAS\2.ATENCION_UYE\1.SOPORTES_VISITAS\04_ABRIL |
| 11 | 1. OBLIGACIÓN: El contratista se obliga a que las glosas que se generen por incumplimiento de las obligaciones contractuales y de acuerdo a los hallazgos que identifique el equipo de seguimiento y/o interventoría del FFDS_SDS al Convenio Interadministrativo PSPIC (conforme al anexo de CRITERIOS DE GLOSA), serán causal de inicio de apertura de procedimiento administrativo sancionatorio de incumplimiento contractual.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizan las acciones acorde a los lineamientos establecidos durante la presente vigencia, brotes atendidos, seguimientos busquedas acticas y productos de gestion de riesgo teniendo en cuenta la adecuada calidad, pertinencia y oportunidad en el anexo de Criterios de glosa.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \172.26.33.40\sivigila2025$\250_46_8_EMERGENCIAS\2.ATENCION_UYE\1.SOPORTES_VISITAS\4_ABRIL |
| 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.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se desarrollaron actividades asignadas desde el componente acordes al objeto del contrato tales como asistencias a reuniones del espacio y aisistencias a consejos locales de gestión del riesgo de las localidades Rafael Uribe y San Cristóbal.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \172.26.33.40\sivigila2025$\250_46_8_EMERGENCIAS\2.ATENCION_UYE\3.GESTION_RIESGO\5.CLGRCC\\04_ABRIL |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | 1071034675 | **OPERADOR:** | SIMPLE |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| **SALUD:** | SALUD TOTAL | 08/04/2025 | $ 200,000 |
| **PENSIÓN:** | PORVENIR | 08/04/2025 | $ 256,000 |
| **RIESGOS LABORALES:** | BOLIVAR | 08/04/2025 | $ 39,000 |
| **OTRO** | CCF COMPENSAR | 08/04/2025 | $ 32,000 |
| | **TOTAL PAGADO** | | **$ 527,000** |

**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

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: NORLEY ERNESTO MORENO TORRES**
**CC: 1,024,520,227**
**CEL 3005366829**

| | | |
|---|---|---|
| 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: 30/04/2025**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | NORLEY ERNESTO MORENO TORRES | **CC:** | 1.024.520.227 |
| | | **RUT (NIT):** | 1024520227-4 |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | nemorenot91@gmail.com | **TELÉFONO:** | 3005366829 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | CL 64D SUR 18N 83 | **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 | **Nº CUENTA:** | 008400727056 |

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

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº DEL CONTRATO:** | PS 4115 2025 | **Nº CDP:** | 1069 - 1147 | **Nº. RP:** | 12761 | PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: 5 MESES 29 DIAS |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | 01/01/2025 | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | 30/06/2025 | | TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:<br>$ 24.763.655 |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | DEL 01/04/2025 AL 30/04/2025 | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)** | $ 4.127.120 | | | | | |
| | CUATRO MILLONES CIENTO VEINTISIETE MIL CIENTO VEINTE PESOS | | | | | |

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: NORLEY ERNESTO MORENO TORRES**

**CC:** **1.024.520.227**

**CEL:** **3005366829**

| | | |
|---|---|---|
| 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** | **CODIGO: AP LA 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** | NORLEY ERNESTO MORENO TORRES | | | | |
| **NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | 1.024.520.227 | | | | |
| **I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | | | | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN INGENIERIA SANITARIA 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 4115 2025 | | **FECHA INICIO CONTRATO** | 01/01/2025 | |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 3.998.136 | | | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 24.763.655 | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 4.127.120 | |
| **N° PAGO / N° DE INFORME:** | 5 de 5 | **N° CRP INICIAL:** 5798 | **N° CDP INICIAL DEL CONTRATO** | 5 | |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | 5 MESES 29 DIAS | | | | |
| **N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:** | 1071034675 | | **OPERADOR:** | SIMPLE | |
| **PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:** | GSP PSPIC - VSP | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | 6BH CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | MARIA CRISTINA DUARTE GARZON<br>PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 29 | | | | |

| **II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES** | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DE MODIFICACIÓN:** | 4 | **TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):** | | | | ADICIÓN (4) | PRÓRROGA (3) |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 3.998.136 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 470 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 10683 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 1 MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 3.998.136 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 653 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 11224 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 1 MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 11.994.408 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1069 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 12761 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 3 MESES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 774.839 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1147 | **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)** | | | |
|---|---|---|---|
| **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 01/04/2025 al 30/04/2025

| | |
|---|---|
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:** | NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:<br>MARIA CRISTINA DUARTE GARZON<br>CARGO:<br>PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 29 |
| | NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:<br>GINA CONSUELO URREGO BELTRAN<br>PERFIL:<br>PROFESIONAL ESPECIALIZADO 3 |

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2025-04-09, 11:18:34 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1071034675

**Periodo Cotización:** marzo de 2025 **Periodo Servicio:** marzo de 2025

**PAGADO 08/04/2025 EN HORARIO EXTENDIDO**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | NORLEY ERNESTO MORENO TORRES | | |
| **Documento** | CC1024520227 | **Dirección** | DG 2 #66 - 09 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3005366829 |
| **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 del 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 AFP | Días EPS | Días ARP | 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 1024520227 | NORLEY ERNESTO MORENO TORRES | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230301) PORVENIR | $ 1.600.000 | $ 256.000 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 1.600.000 | $ 200.000 | 2,436 | $ 1.600.000 | $ 39.000 | (CCF24) COMPENSAR CCF | $ 1.600.000 | $ 32.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 527.000 |

## 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) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.600.000 | $ 1.600.000 | $ 1.600.000 | $ 1.600.000 | $ 256.000 | $ 200.000 | $ 39.000 | $ 32.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 527.000 | $ 900 | $ 527.900 |



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.

DAVIVIENDA

## Pago PSE

### Resultado de su transacción

**Código único CUS**
1398405540

**Destino de pago**
SIMPLE OI

**Motivo**
Pago de Seguridad Social

**Fecha**
08/04/2025

**Número de aprobación**
00405540

**Dirección IP**
45.238.180.81

**Valor transacción**
$ 527.900,00

**Costo de la transacción**
$ 0,00 IVA incluido

| Referencia 1 | Referencia 2 | Referencia 3 |
|---|---|---|
| 10.0.19.58 | CC | 1024520227 |

VIGILADO Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017.