	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					
NICOL JOHANNA BORRAY SANTOFIMIO					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			52.216.500		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN ODONTOLOGIA ESPECIALIZADO 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 4041 2025		**FECHA INICIO CONTRATO**	01/01/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 35.059.728	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	SEIS (6) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 36.192.157		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 6.912.002	
N° DE INFORME:	5	**N° CRP:**	5736	**N° CDP:**	5
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	SEIS MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6BH CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 29				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	1	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	1	**PRORROGAS**	0	
VALOR ADICIONADO	$ 1.132.429	**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 **(Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)**
1	1. OBLIGACIÓN: 1. 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: Desarrollar Actividades y productos correspondientes a la obligación del contrato. Revisiòn de productos de los 4 subsistemas, realización con calidad y oportunidad obligaciones contractuales. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 250_46_8_PSPIC_SIVIGILA_2025_NO_TRANSMISIBLES_VSPD_PRODUCTOS_ABRIL
2	1. OBLIGACIÓN: 2.Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se presenta cronograma ejecutado del mes de FEBRERO 2025 y proyeccion MARZO 2025 . Archivo carpetas cronogramas custodia de coordinación, DRIVE . 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 250_46_8_PSPIC_SIVIGILA_2025_NO_TRANSMISIBLES_VSPD_PRODUCTOS_ABRIL
3	1. OBLIGACIÓN: 3.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: Acompañamiento a talento humano, realización plan acción , proyección febrero , realización y verificación de factura del mes de diciembre , realización SEGPLAN cuatro subsistemas No transmisibles Reunión de lideres de proceso,Programar, supervisar y realizar el seguimiento a la ejecución con calidad de los productos establecidos en el lineamiento con cada subsistema 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 250_46_8_PSPIC_SIVIGILA_2025_NO_TRANSMISIBLES_VSPD_PRODUCTOS_ABRIL
4	1. OBLIGACIÓN: 4.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: Asistencia Reunión de área VSP Realización reunión Equipo no transmisible. Asistencia reunión de lideres. Reunión articulacio asistencias técnicas públicas y privadas SISVESO. Espacio de Direccionamiento Estratégico Mes de abril gestión y politicas.
5	1. OBLIGACIÓN: 5.Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad de datos (integridad, oportunidad, consistencias, 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: Reunión de lideres de proceso, programar, supervisar y realizar el seguimiento a la ejecución con calidad de los productos establecidos en el lineamiento con cada subsistema, lectura, apropiación y socialización de lineamientos 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 250_46_8_PSPIC_SIVIGILA_2025_NO_TRANSMISIBLES_VSPD_PRODUCTOS_ABRIL
6	1. OBLIGACIÓN: 6. 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: Lectura de lineamientos a los 4 subsistemas, reuniones gestión de la información con cordinadora de vigilancia socilización de ajustes al evento 115, seguimiento a la notificación de los eventos no transmisibles 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 250_46_8_PSPIC_SIVIGILA_2025_NO_TRANSMISIBLES_VSPD_PRODUCTOS_ABRIL

7	1. OBLIGACIÓN: 7. Desarrollar procesos de asistencia técnica desde los diferentes procesos del Plan de Intervenciones Colectivas conforme a su saber disciplinar y profesional, en función de los requerimientos de los entornos y procesos transversales. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Verificación del cumplimiento de IEC por subsistema mes de noviembre , seguimiento en campo al subsistema de Enfermedades Huerfanas en Investigacion epidemiolgica de campo, verificacion y realizacion de preaditoria. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 250_46_8_PSPIC_SIVIGILA_2025_NO_TRANSMISIBLES_VSPD_PRODUCTOS_ABRIL
8	1. OBLIGACIÓN: 8.Diligenciar el 100% de la información en los tableros de control, indicadores y matrices que se generen y se soliciten en el proceso asignado 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Verificación del cumplimiento de IEC por subsistema mes de noviembre , seguimiento en campo al subsistema de Enfermedades Huerfanas en Investigacion epidemiolgica de campo, verificacion y realizacion de preaditoria. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 250_46_8_PSPIC_SIVIGILA_2025_NO_TRANSMISIBLES_VSPD_PRODUCTOS_ABRIL
9	1. OBLIGACIÓN: 9.Responder por la planeación, implementación y seguimiento al plan de trabajo del equipo de la línea de intervención, subsistema y/o estrategia del proceso transversal o entorno asignado. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Reuniòn de lideres gestion de la informacion SEMANAL análisis de los ajustes pendientes por realizar de 115. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 250_46_8_PSPIC_SIVIGILA_2025_NO_TRANSMISIBLES_VSPD_PRODUCTOS_ABRIL
10	1. OBLIGACIÓN: 10.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. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: participación reunión con gestión y politicas articulacion con espacio laboral . participacion en comite tecnico de enfermedades cronicas. articulacion con equipos basicos extramurales Hogar Participacion en reunion de mesa tecnica de salud oral 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 250_46_8_PSPIC_SIVIGILA_2025_NO_TRANSMISIBLES_VSPD_PRODUCTOS_ABRIL
11	1. OBLIGACIÓN: 11. Orientar técnica y operativamente las actividades que adelante el equipo de la línea de intervención, subsistema, proyecto y/o estrategia del proceso transversal o entorno asignado, de acuerdo a su perfil profesional para el cumplimiento de los productos, actividades y/o metas establecidos en los lineamientos técnicos del convenio Interadministrativo PSPIC. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Lectura de lineamientos a los 4 subsistemas, reuniones gestión de la información con cordinadora de vigilancia socilización de ajustes al evento 115, seguimiento a la notificación de los eventos no transmisibles 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 250_46_8_PSPIC_SIVIGILA_2025_NO_TRANSMISIBLES_VSPD_PRODUCTOS_ABRIL
12	1. OBLIGACIÓN: 12.Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Verificación del cumplimiento de IEC por subsistema mes de noviembre , seguimiento en campo al subsistema de Enfermedades Huerfanas en Investigacion epidemiolgica de campo, verificacion y realizacion de preaditoria. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 250_46_8_PSPIC_SIVIGILA_2025_NO_TRANSMISIBLES_VSPD_PRODUCTOS_ABRIL
13	1. OBLIGACIÓN: 13.Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Revisión y organización de carpetas y mes de ABRIL 2025 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 250_46_8_PSPIC_SIVIGILA_2025_NO_TRANSMISIBLES_VSPD_PRODUCTOS_ABRIL
14	1. OBLIGACIÓN: 14.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 interventoria 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: Se realizan las acciones acorde a los lineamientos establecidos durante el presente convenio ejecutandolos con la adecuada calidad, pertinencia y oportunidad, teniendo en cuenta el anexo de Criterios de glosa, para el periodo se realizo el respectivo alistamiento de auditoria mensual garantizando productos con calidad y veracidad. Auditoria delperiodo octubre 17/ diciembre 01 sin generacion de glosa para el componete de no trasnmisibles 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 250_46_8_PSPIC_SIVIGILA_2025_PRODUCTOS_GESTION_1.AUDITORIA/ 250_46_8_PSPIC_SIVIGILA_2025_PRODUCTOS_GESTION_22.PREAUDITORIA_MES_A_MES_abril
15	1. OBLIGACIÓN: 15.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: Entrega y revisión de productos. Realizaciòn factura, vigilar los procesos de notificación con calidad, veracidad y oportunidad correspondiente a los eventos de interés en salud pública del componente no transmisibles. Realización y revisión de cronograma, informe de actividades, preauditoria personal. Verificación talento humano requerida. Participacion y apoyo en Unidad de analisis Subsistema Sivistra ; cronicos y enfermedades huerfanas 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 250_46_8_PSPIC_SIVIGILA_2025_NO_TRANSMISIBLES_VSPD_PRODUCTOS_ABRIL

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9484551262	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	SANITAS	10/04/2025	$ 336.300
PENSIÓN:	COLPENSIONES	10/04/2025	$ 430.400
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	10/04/2025	$ 65.600
OTRO	CCF COMPENSAR	10/04/2025	$ 16.200
	TOTAL PAGADO		**$ 848.500**

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 periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: NICOL JOHANNA BORRAY SANTOFIMIO
CC: 52.216.500
CEL 3108341219

	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: 30/04/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	NICOL JOHANNA BORRAY SANTOFIMIO	**CC:**	52.216.500
		RUT (NIT):	52216500-9
CORREO ELECTRÓNICO:	borray16@gmail.com	**TELÉFONO:**	3108341219
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 7 B 134B 63 AP 804	**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 AV VILLAS	**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**N° CUENTA:**	7907749
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)

N° DEL CONTRATO:	PS 4041 2025	**N° CDP:**	5- 1147	**N°. RP:**	5736	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SEIS MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	01/01/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**	30/06/2025			TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 36.192.157
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/04/2025 AL 30/04/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 6.912.002					
	SEIS MILLONES NOVECIENTOS DOCE MIL DOS PESOS					

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: NICOL JOHANNA BORRAY SANTOFIMIO

CC: 52.216.500

CEL: 3108341219

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**	**CODIGO: 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	NICOL JOHANNA BORRAY SANTOFIMIO
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	52.216.500

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN ODONTOLOGIA ESPECIALIZADO 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 4041 2025			**FECHA INICIO CONTRATO**	01/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 35.059.728				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 36.192.157			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 6.912.002
N° PAGO / N° DE INFORME:	5 de 5	**N° CRP INICIAL:**	5736	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	5
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS MESES				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9484551262		**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA	
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 PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 29				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	1	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICIÓN (1)	PRÓRROGA (0)
VALOR ADICIONADO	$ 1.132.429	**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:**	
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)			
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:
MARIA CRISTINA DUARTE GARZON
CARGO:
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 29

aportes en línea

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 52216500		BORRAY SANTOFIMIO NICOL JOHANNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 7B # 134B-63 APTO 806	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3755061	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1401615601	9484551262	I	2025/04/02	2025/04/10	BANCO AV VILLAS	8	$853,100

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)					$2,690,000	$430,400			$2,690,000	$336,300			$2,690,000	$16,200			$2,690,000	$65,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,690,000	$430,400			$2,690,000	$336,300			$2,690,000	$16,200			$2,690,000	$65,600		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,690,000	$430,400			$2,690,000	$336,300			$2,690,000	$16,200			$2,690,000	$65,600		$0	$0
1	CC 52216500	BORRAY NICOL	25-14	30	$2,690,000	$430,400	EPS005	30	$2,690,000	$336,300	CCF24	30	$2,690,000	$16,200	14-7	30	$2,690,000	$65,600	30	$0	$0
Total Afiliados(1)					$2,690,000	$430,400			$2,690,000	$336,300			$2,690,000	$16,200			$2,690,000	$65,600		$0	$0

2025/04/10 10:25 AM

aportes en línea

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 52216500		BORRAY SANTOFIMIO NICOL JOHANNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 7B # 134B-63 APTO 806	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3755061	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1401615601	9484551262	I	2025/04/02	2025/04/10	BANCO AV VILLAS	8	$853,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$430,400	$2,300	$0	$432,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$430,400	$2,300	$0	$432,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$65,600	$400	$0	$66,000
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$65,600	$400	$0	$66,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$16,200	$100	$0	$16,300
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$16,200	$100	$0	$16,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$336,300	$1,800	$0	$338,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$336,300	$1,800	$0	$338,100
TOTAL				1	$848,500	$4,600	$0	$853,100

2025/04/10 10:25 AM

Gmail

Marina Mendieta <nelmarin52@gmail.com>

Fwd: PSE Transacción Aprobada - CUS 1401615601

10 de abril de 2025, 11:40

Nicol Borray <borray16@gmail.com>
Para: Marina Mendieta <nelmarin52@gmail.com>

Enviado desde mi iPhone

Inicio del mensaje reenviado:

De: serviciopse@achcolombia.com.co
Fecha: 10 de abril de 2025, 10:23:10 a.m. COT
Para: borray16@gmail.com
Asunto: PSE Transacción Aprobada - CUS 1401615601



¡Hola, Nicol Johanna Borray!

Gracias por utilizar los servicios de BANCO AV VILLAS y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: **Aprobada**
CUS: 1401615601
Empresa: APORTES EN LINEA
Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9484551262
Valor de la Transacción: $ 853.100
Fecha de Transacción: 10/04/2025

Ten en cuenta estos tips de seguridad

- Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.
- Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.
- Procura cambiar tus contraseñas bancarias frecuentemente.