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** **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

SOPHIA ROZO MARTINEZ

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.033.778.678				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN TRABAJO SOCIAL 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 5168 2025		**FECHA INICIO CONTRATO**	01/04/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 11.994.408	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	TRES (3) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 12.381.827		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 4.127.120
N° DE INFORME:	2	**N° CRP:**	12947	**N° CDP:**	828
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	TRES MESES				
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:	1	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	1	**PRORROGAS**	0	
VALOR ADICIONADO	$ 387.419	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1197	**CRP DE LA ADICIÓN:**	14701	**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: Desarrollar las actividades que se generen directa e indirectamente del objeto contractual en las unidades de prestación de servicios asignadas de acuerdo con la programación de actividades 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: * Realizar cinco (5) concertaciones para la cualificación de la atención de las personas que se inyectan drogas. * Participar en la valoración del riesgo de consumo de los usuarios que se inyectan drogas psicoactivas. * Realizar seguimiento a los usuarios que se encuentran en el proceso de atención y que pertenecen a otros meses. * Realizar recorridos de identificaicón de la población PID en los territorios de las localidades de Santa Fe, Los Mártires y La Candelaria. * Participar en la entrega de los kits de inyección de menos riesgos que se dispensan a los usuarios PID que lo requieren. * Realizar canalizaciones a los usuarios PID tanto a la ruta de atención en salud como a la ruta intersectoria, conforme a las necesidades de la población. * Realizar el seguimiento a las canalizaciones realizadas durante el mes de mayo. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Cinco (5) actas de concertación. * 30 Fichas Punto que contienen la evaluación de los usuarios que consumen sustancias psicoactivas inyectables. * Seis (6) formatos de Intervención, debidamente diligenciados. * Actas de recorridos de identificación realizadas junto con los gestores. * Formatos 1B que contiene la entrega de los kits de inyección de menos riesgo. * **Formato SIRC que contiene las canalizaciones realizadas.** * Un documento en Excel con el seguimiento a las canalizaciones.
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: * Elaborar el cronograma mensual conforme a los puntos fijos establecidos en las localidades de Santa Fe, Los Mártires y La Candelaria. * Realizar los ajysres al cronograma, conforme a las necesidades del territorio donde se desarrollan las acciones, 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Un archivo en Excel que contiene el cronograma mensual. * Un archivo en Excel con el cronograma debidamente ajustado para el mes de mayo.

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: * Realizar cinco (5) concertaciones para la cualificación de la atención de las personas que se inyectan drogas. * Participar en la valoración del riesgo de consumo de los usuarios que se inyectan drogas psicoactivas. * Realizar seguimiento a los usuarios que se encuentran en el proceso de atención y que pertenecen a otros meses. * Realizar recorridos de identificaicón de la población PID en los territorios de las localidades de Santa Fe, Los Mártires y La Candelaria. * Participar en la entrega de los kits de inyección de menos riesgos que se dispensan a los usuarios PID que lo requieren. * Realizar canalizaciones a los usuarios PID tanto a la ruta de atención en salud como a la ruta intersectoria, conforme a las necesidades de la población. * Realizar el seguimiento a las canalizaciones realizadas durante el mes de mayo. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Cinco (5) actas de concertación realizadas en el mes de mayo. * 30 Fichas Punto que contienen la evaluación de los usuarios que consumen sustancias psicoactivas inyectables, realizadas durante el mes de mayo. * Seis (6) formatos de Intervención, debidamente diligenciados. * Tres (3) actas de recorridos de identificación realizadas junto con los gestores. * Seis (6) formatos 1B que contiene la entrega de los kits de inyección de menos riesgo. * Formato SIRC que contiene las canalizaciones realizadas. * Un (1) documento en Excel con el seguimiento a las canalizaciones correspondientes al mes anterior.
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: * Realizar los ajustes de los formatos que se elaboraron durante el mes, con el fin de lograr la calidad, la completitud y la oportunidad en todos ellos. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Carpeta que contiene los formatos que se deriban en productos, debidamente ajustados.
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: * Realizar cinco (5) concertaciones para la cualificación de la atención de las personas que se inyectan drogas. * Participar en la valoración del riesgo de consumo de los usuarios que se inyectan drogas psicoactivas. * Realizar seguimiento a los usuarios que se encuentran en el proceso de atención y que pertenecen a otros meses. * Realizar recorridos de identificaicón de la población PID en los territorios de las localidades de Santa Fe, Los Mártires y La Candelaria. * Participar en la entrega de los kits de inyección de menos riesgos que se dispensan a los usuarios PID que lo requieren. * Realizar canalizaciones a los usuarios PID tanto a la ruta de atención en salud como a la ruta intersectoria, conforme a las necesidades de la población. * Realizar el seguimiento a las canalizaciones realizadas durante el mes de mayo. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Cinco (5) actas de concertación realizadas en el mes de abril. * 30 Fichas Punto que contienen la evaluación de los usuarios que consumen sustancias psicoactivas inyectables, realizadas durante el mes de mayo. * Seis (6) formatos de Intervención, debidamente diligenciados. * Tres (3) actas de recorridos de identificación realizadas junto con los gestores. * Seis (6) formatos 1B que contiene la entrega de los kits de inyección de menos riesgo. * Formato SIRC que contiene las canalizaciones realizadas.
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: * Se realizó la socializaicón del documento técnico, de la ficha de SPA y de las metas correspondientes al mes de abril. * Participar en el direccionamiento técnico dirigido por el profesional de apoyo el 05/05/2025. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Acta de socializaicón del Documento Técnico. * Tres (3) presentaciones que contiene el documento Técnico, la Ficha Técnica y las Metas. * Acta de direccionamiento técnico del 05/05/2025.
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: * Participar en la valoración del riesgo de consumo de los usuarios que se inyectan drogas psicoactivas. * Realizar seguimiento a los usuarios que se encuentran en el proceso de atención y que pertenecen a otros meses. * Participar en la entrega de los kits de inyección de menos riesgos que se dispensan a los usuarios PID que lo requieren. * Realizar canalizaciones a los usuarios PID tanto a la ruta de atención en salud como a la ruta intersectoria, conforme a las necesidades de la población. * Realizar el seguimiento a las canalizaciones realizadas durante el mes de mayo. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Cinco (5) actas de concertación realizadas en el mes de mayo. * 30 Fichas Punto que contienen la evaluación de los usuarios que consumen sustancias psicoactivas inyectables, realizadas durante el mes de mayo. * Seis (6) formatos de Intervención, debidamente diligenciados. * Seis (6) formatos 1B que contiene la entrega de los kits de inyección de menos riesgo. * Formato SIRC que contiene las canalizaciones realizadas.
8	1. OBLIGACIÓN: Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: * Se realizó la notificación de los eventos de consumo problemático VESPA a Epidemiología. * Se realizó la notificaicón de eventos de salud mental SISVECOS. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * 30 fichas de Punto que contienen la información que da cuenta del riesgo de consumo.
9	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: * Se realizó una jornada de adecuación del archivo del producto 47, donde se revisaron y legajaron los productos de la estrategia para el mes de mayo. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Carpetas con los productos debidamente archivados. * Cajas con las carpetas que contienen los productos debidamente archivados, emitidos en el mes de mayo.
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. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: * Realizar canalizaciones a los usuarios PID tanto a la ruta de atención en salud como a la ruta intersectoria, conforme a las necesidades de la población. * Se realizó la notificación de los eventos de consumo problemático VESPA a Epidemiología. * Se realizó la notificaicón de eventos de salud mental SISVECOS. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Formato SIRC que contiene las canalizaciones realizadas en el mes de abril. * 30 formatos de Ficha Punto que contiene el patrón de consumo para la poblaicón PID atendida en el mes de mayo.
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 de procedimiento administrativo sancionatorio de incumplimiento contractual. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: * Se garantizó la adecuada ejecucion de las actividades en el desarrollo del grupo poblacional que me fue asignado, aportando los productos que se establecieron en el lineamiento de SPAcios de bienestar y que me fueron socializados de forma oportuna. ademas me cerciore que la informacion consignada en acta y en formatos quedo registrada con plenitud y calidad. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Cinco (5) actas de concertación realizadas en el mes de abril. * 30 Fichas Punto que contienen la evaluación de los usuarios que consumen sustancias psicoactivas inyectables, realizadas durante el mes de abril. * Seis (6) formatos de Intervención, debidamente diligenciados. * Seis (6) formatos 1B que contiene la entrega de los kits de inyección de menos riesgo. * Formato SIRC que contiene las canalizaciones realizadas. * Un (1) documento en Excel con el seguimiento a las canalizaciones correspondientes al mes anterior.

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: * Registro fotografico de las acciones realizadas en el SPAcio de bienestar. *Traslado de las carpas, sillas, mesas e insumos requeridos para la intervencion de los puntos. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Registro fotografiaco * Alistamiento de insumos * Firma de listados de los traslados de vehiculos

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9485800829	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	
SALUD:	FAMISANAR	12/05/2025	$	192.900
PENSIÓN:	PORVENIR	12/05/2025	$	247.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	12/05/2025	$	37.600
CAJA DE COMPENSACION	COMPENSAR	12/05/2025	$	30.900
	TOTAL PAGADO		**$**	**477.500**

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

SOPHIA ROZO M.

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: SOPHIA ROZO MARTINEZ
CC: 1.033.778.678
CEL 3224226941

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
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: 31/05/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	SOPHIA ROZO MARTINEZ	**CC:**	1.033.778.678
		RUT (NIT):	1033778678-8
CORREO ELECTRÓNICO:	sophiarozo-999@hotmail.com	**TELÉFONO:**	3224226941
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 19 1G 46	**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:	BANCOLOMBIA				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**N° CUENTA:**	23718753023

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

N° DEL CONTRATO:	PS 5168 2025	**N° CDP:**	828 - 1197	**N°. RP:**	12947 - 14701	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: TRES MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	01/04/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		30/06/2025		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 12.381.827
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/05/2025 AL 31/05/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 4.127.120					
	CUATRO MILLONES CIENTO VEINTISIETE MIL CIENTO VEINTE PESOS					

SOPHIA Rozo M.

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: SOPHIA ROZO MARTINEZ

CC: 1.033.778.678
CEL: 3224226941

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** **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	SOPHIA ROZO MARTINEZ				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.033.778.678				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN TRABAJO SOCIAL 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 5168 2025		**FECHA INICIO CONTRATO**	01/04/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 11.994.408				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 12.381.827		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4.127.120	
N° PAGO / N° DE INFORME:	2 de 2	**N° CRP INICIAL:** 12947	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	828	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES MESES				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	CERTIFICADO	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GSP PSPIC - COMUNITARIO				
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

N° DE MODIFICACIÓN:	1	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICIÓN (1)	PRÓRROGA (0)
VALOR ADICIONADO	$ 387.419	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1197	**RP DE LA ADICIÓN:**	14701	**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 01/05/2025 al 31/05/2025

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA
PERFIL:
PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
CLAUDIA IRENE SEGURA VERA
PERFIL:
PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE GESTION

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 1033778678		ROZO MARTINEZ SOPHIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 19 #1G-46 PISO 1	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	1474706688	9485800829	I	2025/05/20	2025/05/12	BANCOLOMBIA	0	$508,400

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)					$1,543,184	$247,000			$1,543,184	$192,900			$1,543,184	$30,900			$1,543,184	$37,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,543,184	$247,000			$1,543,184	$192,900			$1,543,184	$30,900			$1,543,184	$37,600		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,543,184	$247,000			$1,543,184	$192,900			$1,543,184	$30,900			$1,543,184	$37,600		$0	$0
1	CC	1033778678 ROZO SOPHIA	230301	30	$1,543,184	$247,000	EPS017	30	$1,543,184	$192,900	CCF24	30	$1,543,184	$30,900	14-11	30	$1,543,184	$37,600	30	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,543,184	$247,000			$1,543,184	$192,900			$1,543,184	$30,900			$1,543,184	$37,600		$0	$0

2025/05/11 11:40 PM

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 1033778678		ROZO MARTINEZ SOPHIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 19 #1G-46 PISO 1	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	1474706688	9485800829	I	2025/05/20	2025/05/12	BANCOLOMBIA	0	$508,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$247,000	$0	$0	$247,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$247,000	$0	$0	$247,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$37,600	$0	$0	$37,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$37,600	$0	$0	$37,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$30,900	$0	$0	$30,900
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$30,900	$0	$0	$30,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$192,900	$0	$0	$192,900
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$192,900	$0	$0	$192,900
TOTAL				1	$508,400	$0	$0	$508,400

2025/05/11 11:40 PM

El pago fue exitoso

Comercio:	APORTES EN LINEA
No. comprobante:	TR2336256688
CUS:	1474706688
Fecha y hora:	11 May 2025 23:37:48
No. de factura:	9485800829
Descripción pago:	Pago de la Planilla de aportes con clave: 9485800829
Referencia 1:	186.84.90.0
Referencia 2:	CC
Referencia 3:	1033778678
Total Pagado:	$ 508.400 COP
Costo transacción:	$ 0 COP
Producto origen:	Cuenta de ahorros **** 3023