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

LUISA FERNANDA ARIAS TIRADO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.073.711.193				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO EN SALUD OCUPACIONAL 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 4836 2025	**FECHA INICIO CONTRATO**	12/02/2025		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 12.111.941	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	CUATRO (4) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 15.604.590	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 791.964		
N° DE INFORME:	6	**N° CRP:**	10943	**N° CDP:**	526
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	CUATRO MESES Y DIECINUEVE DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	2	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	2	**PRORROGAS**	0	
VALOR ADICIONADO	$ 391.216	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1147	**CRP DE LA ADICIÓN:**	14652	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 3.101.433	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1457	**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		**SI**		**NO**	X
N° DE PÓLIZA:	N/A		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A		**FECHA DE APROBACIÓN:**		N/A

ÍTEM	IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO **(Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)**
1	1. OBLIGACIÓN: PRESTAR SUS SERVICIOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVECIONES COLECTIVAS EN EL DISTRITO CAPITAL SEGUN CONVENIO PSPIC Y SUSCRITOENTRE FDS Y LA SUDREB. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: SE REALIZAN CARACTERIZCIONES DE NIÑOS, NIÑAS PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES DE SALUD Y TRABAJO PARA LA CONCERTACIÓN, SE CARACTERIZA UTIS DE ALTO IMPACTO, UTIS MEDIANO IMPACTO, UTIS DE PERMANECIA EN CALLE PARA IDENTIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES DE SALUD Y TRABAJO DE LA CONCENTRACIÓN DEL PLAN DE UTI CON TRABAJADORES INFORMALES- 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): FORMATO DE CARACTERIZACIÓN DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES FORMATO DE CARACTERIZACIÓN PARA SEGUIMIENTO FORMATO DE CARACTERIZACIÓN DE UTIS DE ALTO, MEDIANO, BAJO IMPACTO.
2	1. OBLIGACIÓN: PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: SE ACTUALIZA CRONOGRAMA MENSUAL 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): ENTREGA DEL CRONOGRAMA MAGNÉTICO EN DRIVE: https://subredcentrooriente-my.sharepoint.com/:x:/r/personal/apoyotecnicolaboral_subredcentrooriente_gov_co/_layouts/15/Doc.aspx?sourcedoc=%7B94781D83-225E-41E5-8B75-CAD778FACA4A%7D&file=CRONOGRAMA%20MARZO.xlsx&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 CONFIRME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO PSPIC VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE FDS Y SUBRED 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: ENTREGA DE SOPORTES CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): FORMATO DE CARACTERIZACIÓN DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES FORMATO DE CARACTERIZACIÓN DE UTIS DE ALTO, MEDIANO, BAJO IMPACTO. FORMATO DE CARACTERIZACIÓN PARA SEGUIMIENTO
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 ESTANDARES DE HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: PROMOCION DEL AUTO CUIDADO Y GESTION DEL RIESGO EN SALUD EN UTI MEDIANO, BAJO Y ALTO IMPACTO CON TRABAJADORES DE LA ECONOMICA INFROMAL 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): FORMATO DE CARACTERIZACIÓN DE UTIS DE ALTO, MEDIANO, BAJO IMPACTO.
5	1. OBLIGACIÓN: CUMPLIR CON LA META, ACTIVIDADES Y/O PRODUCTOS PROGRAMADOS Y ASIGNADOS CON LA CLIDAD DEL DATO REQUERIDO DESDE SU PERFIL TÉCNICO Y CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL ENTORNO LABORAL DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO PSPIC 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: CARACTERIZAR LAS CONDICIONES DE SALUD Y TRABAJO PARA LA CONCENTRACIÓN DEL PLAN DE TRABAJO EN UTI DE MEDIANO, BAJO Y ALTO IMPACTO Y NNA CON TRABAJADORES INFORMALES, ADICIONAL DE ENTREGA DE SOPORTES A TIEMPO PARA DIGITACION (GESI) 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): FORMATO DE CARACTERIZACIÓN UTI
6	1. OBLIGACIÓN: DESARROLLAR LOS PROCESOS DESCRITOS EN LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS RELACIONADOS CON EL ABORDAJE A LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL CONFORME A LOS ANEXOS, LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO PSPIC 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: LECTURA Y APROPIACIÓN DE LOS LINEAMIENTOS, REVISIÓN DE CAJA DE HERRAMIENTAS FICHAS TÉCNICAS Y FORMATOS PARA SU CORRECTA EJECUCCIÓN 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): ACTA Y LISTADO DE ASISTENCIA
7	1. OBLIGACIÓN: DESARROLLAR PROCESOS DE ASISTENCIA TÉCNICA A LOS DIFERENTES PROCESOS DEL PLAN DE INTERVENCIÓN COLECTIVAS, CONFORME A SU DISCIPLINA Y TECNICO, EN FUNCIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS DE ENTORNOS Y/O PROCESOS TRANSVERSALES 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: PARTICIPAR EN LAS DIFERENTES ASISTENCIASTÉCNICAS PROGRAMADAS POR LA SDS Y EL PIC 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): LISTADOS DE ASISTENCIA
8	1. OBLIGACIÓN: ORGANIZAR EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE TENCION DCUMENTAL 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: SE REALIZA GESTION DOCUMENTAL MENSUAL DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DESARROLLADAS Y AUDITADAS EN EL PROCESO ANTERIOR 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): ACTA Y LISTADO DE ASISTENCIA
9	1. OBLIGACIÓN: DAR CUMPLIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DE LOS PROCESOS TRANSVERSALES DEL PSPIC, DE ACUERDO A SU COMPETENCIA: CANALIZACIONES, EDUCACION PARA LA SALUD PUBLICA, GESI, ACCVSYE, NOTIFICACIÓN DE EISP Y PARTICIPACION SOCIAL 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: ACTIVACIÓN DE RUTA, CANALIZACIÓN SECTORIAL E INTERSECTORIAL, AGENDAMIENTO, REPORTE OPORTUNO DE ATEL. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): SE ENVIA FORMATO DE EXCEL DE CANALIZACION POR MEDIO MAGNETICO AL CORREO: APOYOLABORALSUBREDCENTROORIENTE.GOV.CO, RETROALIMENTAR Y NOTIFICAR LA BASE SIVISTRA
10	1. OBLIGACIÓN: EL CONTRATISTA SE OBLIGA A QUE LAS GLOSAS QUE SE GENEREN POR INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y DE ACUERD A LOSHALLAZGOS QUE IDENTIFIQUE EL EQUIPO DE SEGUIMIENTO Y/0 INTERVENTORÍA FFDS_SDS AL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO PSPIC (CONFORME AL ANEXO DE CRITERIOS DE GLOSA), SERAN CAUSAL DE INICIO DE APERTURA DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO SANCIONATORIO DE INCUMPLIMIENTO CONTRACTUAL 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: DAR CUMPLIMIENTO A LA ENTREGA DE SOPORTES CON CALIDAD AL 100% DE LA META ESTIPULADA EN CADA MES Y REALIAR EL ALISTAMIENTO DE LA PREAUDITORIA EN LOS FORMATOS DE UTIS Y NNA O SESIONES COLECTIVAS 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): FORMATOS CARACTERIZACIONES UTI, NNA, COLECTIVAS ENTRE OTROS
11	1. OBLIGACIÓN: REALIZAR LAS DEMAS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN. CONTENIDAS EN EL FOMRATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: CUMPLIMIENTO A ACTIVIDADES INDICADAS POR EL SUPERVISOR DE CONTRATO 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): FORMATO DE ACTA ESTIPULADA POR LA ENTIDAD DONDE SE PARTICIPE

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	1071043499	**OPERADOR:**	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	SALUD TOTAL	11/03/2025	$ 178.000
PENSIÓN:	COLFONDOS	11/03/2025	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	11/03/2025	$ 34.700
OTRO			
	TOTAL PAGADO		**$ 440.500**

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

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LUISA FERNANDA ARIAS TIRADO
CC: 1.073.711.193
CEL 3014720089

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:	LUISA FERNANDA ARIAS TIRADO	**CC:**	1.073.711.193
		RUT (NIT):	1073711193-0
CORREO ELECTRÓNICO:	ferariastirado14@gmail.com	**TELÉFONO:**	3014720089
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 11 A 11 SUR 15	**CIUDAD:**	SOACHA

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:**	91210591040

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

N° DEL CONTRATO:	PS 4836 2025	**N° CDP:**	526 - 1147 - 1457	**N°. RP:**	10943 - 14652	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: CUATRO MESES Y DIECINUEVE DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	12/02/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		30/06/2025		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 15.604.590
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/04/2025 AL 30/04/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 791.964					
	SETECIENTOS NOVENTA Y UN MIL NOVECIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS					

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LUISA FERNANDA ARIAS TIRADO
CC: 1.073.711.193
CEL: 3014720089

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	LUISA FERNANDA ARIAS TIRADO
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.073.711.193

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO EN SALUD OCUPACIONAL 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 4836 2025			**FECHA INICIO CONTRATO**	12/02/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 12.111.941				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 15.604.590			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 791.964
N° PAGO / N° DE INFORME:	6 de 6	**N° CRP INICIAL:**	10943	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	526
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO MESES Y DIECINUEVE DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1071043499	**OPERADOR:**	SIMPLE		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GSP PSPIC - LABORAL				
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:	2	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICIÓN (2)	PRÓRROGA (0)
VALOR ADICIONADO	$ 391.216	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1147	**RP DE LA ADICIÓN:**	14652	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 3.101.433	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1457	**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 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: JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN PERFIL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE GESTION

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-04-09, 12:51:28 P. M. Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1071043499

Periodo Cotización: marzo de 2025 Periodo Servicio: marzo de 2025 Referencia pago 8822973409

PAGADA 11/03/2025

. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LUISA FERNANDA ARIAS TIRADO		
Documento	CC1073711193	Dirección	CR 11A #11 SUR - 15 INT 2
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3014720089
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	SOACHA	Departamento	CUNDINAMARCA
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

I. 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 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
C 1073711193	LUISA FERNANDA ARIAS TIRADO	59	0																		0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$1.423.500	$227.800	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$1.423.500	$178.000	2.436	$1.423.500	$34.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$440.500

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	$0	$227.800	$178.000	$34.700	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$440.500	$0	$440.500

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!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

Scotiabank.

COLPATRIA

CORRESPONSAL BANCARIO
SCOTIABANK COLPATRIA

Puntored no te cobra por esta
transacciÃ³n

Pago de facturas

TRANSACCIÓN APROBADA

Fecha	2025-03-10
Hora	09:47:48
Terminal	289895
Convenio	PLANILLA SIMPLE
Cod. Convenio	0408
Referencia 1	8822973409
Referencia 2	
Valor	440.500,00
Transacción	1125563397
Usuario	DERLY RATIVA

000000491084