| | | |
|---|---|---|
| | **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** | | | | | |
| **DIANA CAROLINA SOTO TINTINAGO** | | | | | |
| **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | 1,012,322,417 | | | | |
| **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 5185 2025 | | **FECHA INICIO CONTRATO** | 03/04/2025 | |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 12,243,789 | **PLAZO INICIAL DEL CONTRATO** | DOS (2) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 12,243,789 | | **VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:** | | $ 4,127,120 |
| **N° DE INFORME:** | 3 | **N° CRP:** | 12966 | **N° CDP:** | 964 |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | DOS MESES Y VEINTINUEVE DIAS | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | 6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA<br>PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30 | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:** | 0 | **TIPO DE MODIFICACIÓN** | **ADICIONES** | 0 | **PRORROGAS** | 0 | |
| **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:** | |
| **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**<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: Comite Derechos Humanos Santafé, San Cristóbal, Los Mártires, Rafael Uribe Uribe y Antonio Nariño (03062025-11062025-12062025-24062025)<br>Reunión Heartland Alliance International (03062025)<br>Mesa de Victimas del Conflicto Armado San Cristóbal, Los Mártires y La Candelaria (03062025-04062025-18062025)<br>Acción Conjunta Verjon: entrega canasta rural y Colegio El Verjon (05062025-10062025-13062025)<br>Reunión de proceso (16062025)<br>Socialización Política Pública Migrantes en el entorno educativo, reunión de GEPISP, Comite SAN La Candelaria, Comite Derechos Humanos San Cristobal, Comite Familias Antonio Nariño y Equipos Más Bienestar Entorno Comunitario (18062025-10062025-06062025-11062025)<br><br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas y listados de asistencia |

| | |
|---|---|
| 2 | 1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Elaboración y actualización del cronograma de actividades del mes de junio 2025<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Drive denominado "Cronogramas 2025" |
| 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: Diligenciamiento, con criterios de oportunidad y calidad, del Anexo 1: suministrar información para consolidación agenda estratégica 2025 y acciones conjuntas para las políticas de ruralidad y migrantes internacionales<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Anexo 1. |
| 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: Presentación de preauditoria para verificar oportunidad y calidad de los soportes<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Drive local con los soportes respectivos<br>Formato preauditoria |
| 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: Entrega de soportes con calidad y oportunidad en espacio de preauditoria (junio)<br>Diligenciamiento de las matrices e informes correspondientes al proceso<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Drive local con los soportes respectivos<br>Formato preauditoria<br>Anexo 1. |
| 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 realiza apropiación conceptual de marcos normativos que respaldan las politicas publicas que se posicionan y movilizan en los territorios<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas y listados de asistencia dispuestos en el drive local |
| 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: Se realiza entrega de formatos de captura, documentos, bases e informes, los cuales son solicitados a la luz de los lineamientos técnicos<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soportes dispuestos en drive local |
| 8 | 1. OBLIGACIÓN: Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Notificación a demanda<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): El soporte de notificación en caso de presentarse un evento |
| 9 | 1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Organización del archivo documental según directrices brindadas por la líder del equipo y el apoyo administrativo<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Drive local |
| 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: Seguimiento y gestión de los casos que se lleguen a reportar en el anexo 5<br>Socializacion del portafolio de servicios de los cooperantes a los lideres de procesos y transversalidades, con el fin de fortalezar la respuesta al proceso de canalizaciones<br>Generación y entrega de canalizaciones a las que haya lugar<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Anexo 5.<br>Base de canalizaciones<br>Acta y listado de asistencia |
| 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: Presentación de preauditoria en aras de corroborar la calidad, oportunidad y pertinencia de los productos entregados<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato preauditoria<br>Soportes dispuestos en el drive local |
| 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 desarrollan las demás actividades misionales y que responden a las obligaciones contractuales<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas y listados |

## V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | 1072604676 | OPERADOR: | SIMPLE |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | SANITAS | 11/05/2025 | $ 264,400 |
| PENSIÓN: | COLPENSIONES | 11/05/2025 | $ 206,500 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 11/05/2025 | $ 40,300 |
| OTRO | CCF COMPENSAR | 11/05/2025 | $ 10,000 |
| | TOTAL PAGADO | | $ 521,200 |

## 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 periodo correspondiente

Carolina Soto Tintinago.

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: DIANA CAROLINA SOTO TINTINAGO**
**CC: 1,012,322,417**
**CEL 3017195442**

| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E<br>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN<br>FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS<br>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: 30/06/2025 | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS: | DIANA CAROLINA SOTO TINTINAGO | CC: | 1,012,322,417 |
| | | RUT (NIT): | 1012322417 - 4 |
| CORREO ELECTRÓNICO: | carolinasototintinago@gmail.com | TELÉFONO: | 3017195442 |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | KR 101 56F 28 SUR | 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 CAJA SOCIAL | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | Nº CUENTA: | 24042296483 |
| 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) | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº DEL CONTRATO: | PS 5185 2025 | Nº CDP: | 964 | Nº. RP: | 12966 | PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: DOS MESES Y VEINTINUEVE DIAS |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 03/04/2025 | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | | 30/06/2025 | | TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:<br>$ 12,243,789 |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | DEL 01/06/2025 AL 30/06/2025 | | | | | |
| VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS) | $ 4,127,120 | | | | | |
| | CUATRO MILLONES CIENTO VEINTISIETE MIL CIENTO VEINTE PESOS | | | | | |

Carolena Soto Tintinago

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: DIANA CAROLINA SOTO TINTINAGO**

**CC:** **1,012,322,417**

**CEL:** **3017195442**

| | | |
|---|---|---|
| | 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 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** | DIANA CAROLINA SOTO TINTINAGO | | | | |
| **NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | 1,012,322,417 | | | | |
| **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 5185 2025 | | **FECHA INICIO CONTRATO** | 03/04/2025 | |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 12,243,789 | | | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 12,243,789 | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 4,127,120 | |
| **N° PAGO / N° DE INFORME:** | 3 de 3 | **N° CRP INICIAL:** 12966 | **N° CDP INICIAL DEL CONTRATO** | 964 | |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | DOS MESES Y VEINTINUEVE DIAS | | | | |
| **N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:** | 1072604676 | | **OPERADOR:** | SIMPLE | |
| **PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:** | GSP PSPIC - ANALISIS | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | 6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA<br>PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30 | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES** | | | | | | |
| **N° DE MODIFICACIÓN:** | 0 | **TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):** | | | ADICIÓN (0) | PRÓRROGA (0) |
| **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 01/06/2025 al 30/06/2025

| | |
|---|---|
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:** | NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:<br>LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA<br>PERFIL:<br>PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30 |
| | NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:<br>MAYRA MILENA JARAMILLO QUIROZ<br>PERFIL:<br>PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE GESTION |

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2025-06-11, 09:21:18 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1072604676

**Periodo Cotización:** mayo de 2025 **Periodo Servicio:** mayo de 2025

**PAGADO 11/05/2025 EN HORARIO EXTENDIDO**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | DIANA CAROLINA SOTO TINTINAGO | | |
| **Documento** | CC1012322417 | **Dirección** | CR 101 #56 F - 28 SUR |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 5177115 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | ARL SURA |

## 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 1012322417 | DIANA CAROLINA SOTO TINTINAGO | 57 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.652.000 | $ 264.400 | (EPS005) EPS SANITAS | $ 1.652.000 | $ 206.500 | 2,436 | $ 1.652.000 | $ 40.300 | (CCF24) COMPENSAR CCF | $ 1.652.000 | $ 10.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 521.200 |

## 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.652.000 | $ 1.652.000 | $ 1.652.000 | $ 1.652.000 | $ 264.400 | $ 206.500 | $ 40.300 | $ 10.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 521.200 | $ 0 | $ 521.200 |



Lineas 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.

Bancolombia

# Comprobante en línea

11 May 2025 21:10:27

Pago PSE

**Pago exitoso**
CUS 1474578726

Comercio
**SIMPLE OI**

Referencia 1
**10.0.19.58**

Fecha
**11 May 2025 21:10:27**

Referencia 2
**CC**

Número de factura
**1072604676**

Referencia 3
**1012322417**

Descripción del pago
**Pago de Seguridad Social**

Valor del Pago
**$521,200**

Número de comprobante
**TR2109278726**

Costo de la transacción
**$ 0**

Producto origen
**Ahorros - Bancolombia**
****** 0284**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA