	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					
NELCY AYDEE FLOREZ PADILLA					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	51,952,482				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO TERAPEUTA RESPIRATORIA 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 4044 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:**	$ 6,031,930		
N° DE INFORME:	7	**N° CRP:**	5739	**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:**	14478	**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: 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: Liderar la gestión y desarrollo de COVE de acuerdo con la programación realizada. Cronograma integral de asistencias por localidad; envío mensual ;Revisión de búsqueda activa a UPGD por periodo epidemiológico con calidad 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\Sivigila2025$\250_46_8_COVES
2	1. OBLIGACIÓN: 2. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza entrega de Cronograma mensual de Actividades de acuerdo a lo estipulado, Informar a los coordinadores del sobre acciones realizadas y responder por la calidad y oportunidad de los datos. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): https://subredcentrooriente-my.sharepoint.com/:x:/r/personal/givspcentrooriente_subredcentrooriente_gov_co/_layouts/15/Doc.aspx?sourcedoc=%7BBF78976C-C620-4F00-89EF-FCCB228D8998%7D&file=CRONO_2025_ACTUALIZADO.xlsm&action=default&mobileredirect=true
3	1. OBLIGACIÓN: 3. Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes que se solicite conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: De acuerdo con lo registrado en la descripción del producto; se debe garantizar el producto y actividades de forma oportuna, con calidad y veracidad; de igual manera garantizar la revisión de soportes para presenta auditoria actividades de las descritas en el desarrollo del cumplimiento de la obligación 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\Sivigila2025$\250_46_8_PRODUCTOS_TRANSMISIBLES\1_GESTION_INFORMACION\36_REVISION_PRODUCTOS
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: Desarrollar el seguimiento, la consolidación, verificación contra informe de gestión del reporte del SEGPLAN, construcción e ingreso de indicadores plataforma al aplicativo GSP-PSPIC. Actividad de las descritas en el desarrollo del cumplimiento de la obligación 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\Sivigila2025$\250_46_8_PRODUCTOS_GESTION\10. SEGPLAN
5	1. OBLIGACIÓN: 5. Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad de datos (integridad, oportunidad, consistencias, exactitud) desde su perfil profesional y conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se Programa, verifica, supervisa y realizar seguimiento a la ejecución con calidad de los productos establecidos en el lineamientos. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\Sivigila2025$\250_46_8_PRODUCTOS_TRANSMISIBLES\1_GESTION_INFORMACION\36_REVISION_PRODUCTOS

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: Reunión de lideres de proceso, Programar, supervisar y realizar el seguimiento a la ejecución con calidad de los productos establecidos en el lineamiento, Realizar el seguimiento de los ajustes de los eventos, coordinar la remisión Inter local, consolidar la información y generar de informes.Actividad de las descritas en el desarrollo del cumplimiento de la obligación. 6 actividades de las descritas en el desarrollo del cumplimiento de la obligación 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\Sivigila2025$\250_46_8_PRODUCTOS_GESTION\9. LIDERES
7	1. OBLIGACIÓN: 7. Desarrollar procesos de asistencia técnica desde los diferentes procesos del Plan de Intervenciones Colectivas conforme a su saber disciplinar y profesional, en función de los requerimientos de los entornos y procesos transversales. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza verificación de asistencias técnicas a UPGD Y UI publicas y privadas. Actividades de las descritas en el desarrollo del cumplimiento de la obligación 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\Sivigila2025$\250_46_8_PRODUCTOS_TRANSMISIBLES\1_GESTION_INFORMACION\16_TABLEROS_CONTROL_AT
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: Se realiza diligenciamiento de indicadores aplicativo GSP-PSPIC y tableros de UPGD criticas 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\Sivigila2025$\250_46_8_PRODUCTOS_TRANSMISIBLES\1_GESTION_INFORMACION\18_TABLERO_UPGD_CRITICAS
9	1. OBLIGACIÓN: 9. Responder por la planeación, implementación y seguimiento al plan de trabajo del equipo de la línea de intervención, subsistema y/o estrategia del proceso transversal o entorno asignado. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se Realiza la mensualización del plan programático presupuestal. Facturación de actividades realizadas. Reunión de equipo. Se Programa, supervisa y realiza seguimiento a la ejecución con calidad de los productos establecidos en el lineamiento 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\Sivigila2025$\250_46_8_PRODUCTOS_GESTION\4. PPP_INFORME_GESTION
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: Se realiza seguimiento a los bloqueos y BAC de los EPV , vacunación realizada numero de biológicos aplicados, se asiste a la asistencia técnica del equipo de vacunación extramural, se realiza verificación de las canalizaciones realizadas por el equipo transmisible 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\Sivigila2025$\250_46_8_PRODUCTOS_TRANSMISIBLES\1_GESTION_INFORMACION\11_BAC
11	1. OBLIGACIÓN: 11. Orientar técnica y operativamente las actividades que adelante el equipo de la línea de intervención, subsistema, proyecto y/o estrategia del proceso transversal o entorno asignado, de acuerdo a su perfil profesional para el cumplimiento de los productos, actividades y/o metas establecidos en los lineamientos técnicos del convenio Interadministrativo PSPIC. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza Reunión de equipo. Se Programa, supervisa y realizar seguimiento a la ejecución con calidad de los productos establecidos en el lineamiento 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\Sivigila2025$\250_46_8_PRODUCTOS_TRANSMISIBLES\1_GESTION_INFORMACION\40_REUNIONES-EQUIPO
12	1. OBLIGACIÓN: 12. Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza cruce de base de datos para verificar que todos los eventos se encuentren notificados y los que no se realice la notificación. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\Sivigila2025$\250_46_8_PRODUCTOS_TRANSMISIBLES\1_GESTION_INFORMACION\19_BASE_IEC
13	1. OBLIGACIÓN: 13. Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 172.26.33.40\Sivigila2025$\250_46_8_PRODUCTOS_GESTION\2. ADMINISTRATIVA
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 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. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza preauditoria de cada uno de los productos y seguimiento en campo 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\Sivigila2025$\250_46_8_PRODUCTOS_TRANSMISIBLES\1_GESTION_INFORMACION\36_REVISION_PRODUCTOS
15	1. OBLIGACIÓN: 15. Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Mantener los estándares de calidad, veracidad y oportunidad en el proceso de vigilancia en salud publica en especial en el subsistema de transmisibles y. actividad de las descritas en el desarrollo del cumplimiento de la obligación correspondientes 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\Sivigila2025$\250_46_8_PRODUCTOS_TRANSMISIBLES

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9487226062	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	06/06/2025	$ 400,000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	06/06/2025	$ 512,000
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	06/06/2025	$ 78,000
OTRO	CCF COMPENSAR	06/06/2025	$ 64,000
	TOTAL PAGADO		**$ 1,054,000**

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

Nelcy Aydee Florez

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: NELCY AYDEE FLOREZ PADILLA
CC: 51,952,482
CEL 3208564180

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: 30/06/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	NELCY AYDEE FLOREZ PADILLA	**CC:**	51,952,482
		RUT (NIT):	51952482 - 7
CORREO ELECTRÓNICO:	nelcya3@gmail.com	**TELÉFONO:**	3208564180
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 21 88 A 80	**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	**N° CUENTA:**	002100121645

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

N° DEL CONTRATO:	PS 4044 2025	**N° CDP:**	5 - 1147	**N°. RP:**	5739 - 14478	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 01/06/2025 AL 30/06/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 6,031,930					
	SEIS MILLONES TREINTA Y UN MIL NOVECIENTOS TREINTA PESOS					

Nelcy Aydee Florez

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: NELCY AYDEE FLOREZ PADILLA
CC: 51,952,482
CEL: 3208564180

Secretaría Distrital 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	NELCY AYDEE FLOREZ PADILLA				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	51,952,482				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO TERAPEUTA RESPIRATORIA 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 4044 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:**	$ 6,031,930	
N° PAGO / N° DE INFORME:	7 de 7	**N° CRP INICIAL:**	5739	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	5
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS MESES				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9487226062		**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:**	14478	**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 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 51952482		FLOREZ PADILLA NELCY AYDEE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 21 88A 80 TORRE B APTO 202	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3021964	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	1533919642	9487226062	I	2025/06/20	2025/06/06	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,054,000

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)						$3,200,000	$512,000			$3,200,000	$400,000			$3,200,000	$64,000			$3,200,000	$78,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$3,200,000	$512,000			$3,200,000	$400,000			$3,200,000	$64,000			$3,200,000	$78,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$3,200,000	$512,000			$3,200,000	$400,000			$3,200,000	$64,000			$3,200,000	$78,000		$0	$0
1	CC	51952482	FLOREZ NELCY	25-14	30	$3,200,000	$512,000	EPS008	30	$3,200,000	$400,000	CCF24	30	$3,200,000	$64,000	14-7	30	$3,200,000	$78,000	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$3,200,000	$512,000			$3,200,000	$400,000			$3,200,000	$64,000			$3,200,000	$78,000		$0	$0

2025/06/05 07:03 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 51952482		FLOREZ PADILLA NELCY AYDEE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 21 88A 80 TORRE B APTO 202	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3021964	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	1533919642	9487226062	I	2025/06/20	2025/06/06	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,054,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$512,000	$0	$0	$512,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$512,000	$0	$0	$512,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$78,000	$0	$0	$78,000
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$78,000	$0	$0	$78,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$64,000	$0	$0	$64,000
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$64,000	$0	$0	$64,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$400,000	$0	$0	$400,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$400,000	$0	$0	$400,000
TOTAL				1	$1,054,000	$0	$0	$1,054,000

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
1533919642

Destino de pago
APORTES EN LINEA

Motivo
Pago de la Planilla de aportes con clave: 9487226062

Fecha
05/06/2025

Número de aprobación
00919642

Dirección IP
186.86.32.222

Valor transacción
$ 1.054.000,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
186.86.32.222	CC	51952482

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