



Información de la Planilla Pagada	
Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2025-07-17, 12:43:57 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	junio de 2025
Periodo de Cotización Para Salud	junio de 2025
Empresa	LUZ ESPERANZA VARGAS GALINDO
CEDULA CIUDADANIA	CC 52310173
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	1074268222
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1635450262
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	\$ 469.600
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	172.29.10.57

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	\$ 227.800	\$ 200
N860066942	EPS008	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	1	\$ 178.000	\$ 200
N890903790	14-11	ARL SURA	1	\$ 34.700	\$ 100
N860007336	CCF22	COLSUBSIDIO	1	\$ 28.500	\$ 100
SubTotales:				\$ 469.000	\$ 600
Total a Pagar:					\$ 469.600



	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										CÓDIGO: AP-CT-F-16-05				
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E										VERSIÓN: 5				
											PÁGINA: 1 DE 1				
										FECHA: 16/02/2018					
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA															
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		VARGAS GALINDO LUZ ESPERANZA										397317			
TIPO DE DOCUMENTO:		Cedula				No.		52310173							
CORREO		null				CELULAR		null							
PROCESO:		GESTION DEL RIESGO - PIL													
SERVICIO:		GESTION DEL RIESGO - PIL				UNIDAD:				Chapinero					
CENTRO DE COSTOS		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%		
		A00													
BANCO		28				TIPO CUENTA				SIN CUENTA					
NUMERO CUENTA BANCARIA		0													
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS															
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		3305-2025				N° DE PAGOS DEL CONTRATO									
NÚMERO DE CDP: 1		277		FECHA		11/02/2025		NÚMERO DE CRP: 1		16004		FECHA		26/02/2025	
NÚMERO DE CDP: 2		531		FECHA		28/03/2025		NÚMERO DE CRP: 2		19888		FECHA		31/03/2025	
NÚMERO DE CDP: 3		561		FECHA		07/04/2025		NÚMERO DE CRP: 3		20261		FECHA		09/04/2025	
NÚMERO DE CDP: 4		792		FECHA		30/05/2025		NÚMERO DE CRP: 4		29052		FECHA		31/05/2025	
OBJETO:		TECNICO I - AMBIENTAL													
PERIODO CERTIFICADO				DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO				
					01	07	2025		31	07	2025				
TIPO SERVICIOS		Administrativo				RESERVA DE GLOSA 2%				0					
VALOR MES		2,539,887				VALOR LETRAS									
OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.															
CONTROL DE EJECUCION DEL CONTRATO															
CONCEPTO								VALORES							
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:								13,571,273							
VALOR EJECUTADO:								10,853,667							
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:								2,600,818							
TOTAL HORAS CONTRATADAS:								184							
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:								184							
VALOR A LIBERAR:								0							
SALDO POR EJECUTAR:								2,717,606							
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:								79.98 %							
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:															
Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.															
PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA									
1074268222	178,000	227,800	3	34,700	28,500	469,000									
	0	0		0	0										
En esta certificación se realizó el pago del reajuste a los honorarios dando cumplimiento al Convenio 7124327/2024 EBEH suscrito con el FFDS															
El supervisor del contrato hace constar que los datos e informe de actividades registrados en esta certificación se revisaron y son veraces.															

Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

LOZANO TORRES INGRID PAOLA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

VARGAS GALINDO LUZ ESPERANZA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Nota: En el evento de ausencia del supervisor principal, se adjunta documento mediante el cual se avala que esta certificación sea firmada por supervisor encargado.