**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: 7**
**FECHA: 2025-06-09**

| DATOS DEL CONTRATISTA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)** | | | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **HEIDY LIZETH IGUA PATIÑO** | | | **CC:** | **1033761829** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **heidy.subredco@gmail.com** | | | **TELÉFONO:** | **3178754540** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **Kr 17 A 64 b 39 sur** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCO DAVIVIENDA S.A.** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **004870423409** |
| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 7400 2025** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | | | **$ 2.980.800** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **2025/10/07** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | | **2026/01/31** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31** | | | | |

*HEIDY LIZETH IGUA PATIÑO*
*PS_7400_2025_50F451*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**HEIDY LIZETH IGUA PATIÑO**
**CC: 1033761829**
**CEL: 3178754540**

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **CÓDIGO:** AP-IA-FT-077<br>**VERSIÓN:** 2<br>**FECHA:** 2025-06-09 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | |
| **HEIDY LIZETH IGUA PATIÑO** | | | |
| | **CON C.C N°** | **1.033.761.829** | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR TECNICO MAS BIENESTAR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE GESTI?N INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO MAS BIENESTAR | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 7400 2025** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2025/10/07** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 2.484.000 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **184** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 11.426.400 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 2.980.800 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | CUATRO (4) MESES | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | ANA MARGARET RABA SIERRA | | |

| **ITEM** | **II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO**<br>**(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)** |
|---|---|
| 1 | OBLIGACION 1 PRESTAR SUS SERVICIOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED.<br>1.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: REALICE SEGUIMIENTOS HOSPITALARIOS OPORTUNOS A USUARIOS REMITIDOS A INSTITUCIONES DE LA RED PÚBLICA Y PRIVADA, GARANTIZANDO CONTINUIDAD EN LA ATENCIÓN.<br>1.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): CARGUE OPORTUNO Y DE CALIDAD EN EL APLICATIVO GITAPPS SITE |
| 2 | OBLIGACION 2. PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR, ADICIONALMENTE CON LA FINALIZACIÓN DEL MES SE DEBE ENTREGAR UN INFORME DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS PARA LA EJECUCIÓN DE SUS ACTIVIDADES.<br>2.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: ELABORACIÓN Y ENTREGA MENSUAL DEL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES, INCLUYENDO LA PROGRAMACIÓN DE SEGUIMIENTOS HOSPITALARIOS A PACIENTES PRIORIZADOS.<br>2.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES CON RETROALIMENTACIÓN DIARIA |
| 3 | OBLIGACION 3. APOYAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, PRESENTANDO LA INFORMACIÓN Y/O SOPORTES QUE SE SOLICITE CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED.<br>3.1 PRESENTE OPORTUNAMENTE LA INFORMACIÓN DE MANERA DIARIA Y SOPORTES DERIVADOS DE LOS SEGUIMIENTOS HOSPITALARIOS, CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO VIGENTE.<br>3.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): CARGUE DE SEGUIMIENTOS HOSPITALARIOS EN EL APLICATIVO GITAPPS SITE Y TABLEROS DE CONTROL DRIVE DISTRITAL. |
| 4 | OBLIGACION 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.<br>4.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: PARTICIPE ACTIVAMENTE EN LOS PROCESOS DE SEGUIMIENTO HOSPITALARIO, CONTRIBUYENDO AL CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN.<br>4.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): CARGUE OPORTUNO DENTRO DE LAS 24 HORAS EN APLICATIVO GITAPPS . |
| 5 | OBLIGACION 5. REALIZAR APROPIACIÓN CONCEPTUAL DESDE SU PERFIL CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED.<br>5.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: SE REALIZA REINDUCCION DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS ACORDE A SEGUIMEITNOS HOSPITALARIOS<br>5.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): ACTA Y LISTADO DE ASISTENCIA |
| 6 | OBLIGACION 6. DESARROLLAR PROCESOS DE ASISTENCIA TÉCNICA DESDE LOS DIFERENTES PROCESOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES CONFORME A SU SABER DISCIPLINAR Y PROFESIONAL, EN FUNCIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS PROCESOS TRANSVERSALES.<br>6.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: PARTICIPE EN LAS DIFERENTES ASISTENCIAS TÉCNICAS CONVOCADAS POR SDS Y LA SUBRED CENTRO ORIENTE<br>6.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): ACTA CON EL CORRESPONDIENTE REGISTRO DE FIRMAS DE ASISTENCIA. |

| | |
|---|---|
| 7 | OBLIGACION 7. REALIZAR LA REVISIÓN, ALISTAMIENTO Y ENTREGA CON CALIDAD DE CADA UNO DE LOS FORMATOS, DOCUMENTOS, BASES O INFORMES GENERADOS COMO RESULTADO DE LAS ACCIONES O INTERVENCIONES REALIZADAS EN CUMPLIMIENTO A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED.<br>7.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: ALISTE Y ORGANICE LOS SOPORTES DERIVADOS DE LAS ACCIONES E INTERVENCIONES HOSPITALARIAS, CONFORME A LOS ANEXOS TÉCNICOS DEL CONVENIO.<br>7.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): ACTA DE ENTREGA DE SOPORTES CON CALIDAD Y ORGANIZACIÓN DE SOPORTES |
| 8 | OBLIGACION 8. PARTICIPAR Y GESTIONAR LOS ACERCAMIENTOS COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES QUE SE REQUIERAN, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE CADA PROCESO.<br>8.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: PARTICIPE ACTIVAMENTE EN LAS MESAS DE TRABAJO, SEGUIMIENTO A PRIORIDADES, REUNIONES DE EQUIPO Y ESPACIOS DE COORDINACIÓN CON LA COMUNIDAD E INSTITUCIONES, PROMOVIENDO LA ARTICULACIÓN INTERSECTORIAL Y GARANTIZANDO EL DESARROLLO EFECTIVO DE LAS ACCIONES DE CADA PROCESO.<br>8.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): ENTREGA DEL ACTA CON EL CORRESPONDIENTE REGISTRO DE FIRMAS DE ASISTENCIA. |
| 9 | OBLIGACION 9. ACTIVAR Y NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES.<br>9.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: REALICE LA IDENTIFICACIÓN OPORTUNA DE LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DURANTE LAS INTERVENCIONES, DILIGENCIANDO LOS FORMATOS DE NOTIFICACIÓN, INFORMES DE CASOS EMERGENTES, EFECTUANDO LA NOTIFICACIÓN INMEDIATA A LAS AUTORIDADES COMPETENTES, DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS VIGENTES DEL SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA SIVIGILA.<br>9.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): FORMATO DE NOTIFICACIONES SIVIM, SISVECOS, INFORMES DE CASOS EMERGENTES |
| 10 | OBLIGACION 10. PARTICIPAR EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS CONVOCADAS POR SDS DE ACUERDO CON LOS PROCESOS ASIGNADOS Y CONFORME A LAS ACTIVIDADES, METAS Y PRODUCTOS ESTABLECIDOS EN LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED.<br>10.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: PARTICIPACIÓN ACTIVA EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS CONVOCADAS POR LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD (SDS) RELACIONADAS CON EL SEGUIMIENTO HOSPITALARIO A POBLACIÓN INDÍGENA EMBERA.<br>10.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): ACTA CON EL CORRESPONDIENTE REGISTRO DE FIRMAS DE ASISTENCIA. |
| 11 | OBLIGACION 11. ORGANIZAR EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL.<br>11.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: ORGANICE CLASIFICANDO, FOLIANDO Y ARCHIVANDO LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DESDE SEGÚN LOS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES, APLICANDO LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y LA TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL, GARANTIZANDO SU CONSERVACIÓN, DISPONIBILIDAD Y TRAZABILIDAD.<br>11.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): ACTA DE ENTREGA GESTIÓN DOCUMENTAL, TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL |
| 12 | OBLIGACION 12. REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN.<br>12.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: DI RESPUESTA A LAS SITUACIONES EMERGENTES QUE SE PRESENTEN CON LA POBLACIÓN INDÍGENA EMBERÁ<br>12.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): TABLEROS DE CONTROL DRIVE DISTRITAL SDS |
| 13 | OBLIGACION 13. REALIZAR CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA A COMPLETITUD, CON CALIDAD Y VERACIDAD REALIZANDO LOS TAMIZAJES CORRESPONDIENTES SEGÚN LINEAMIENTO EN EL DESARROLLO DE LA CARACTERIZACIÓN (APGAR, TOMA DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS SEGÚN RESOLUCIÓN 3280-2018, OMS, FINDRISC, CUESTIONARIO DE EPOC Y PLANILLA DE FIRMAS), TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS SON SUJETOS DE AUDITORÍA.<br>13.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: IDENTIFIQUE EL RIESGO SEGUIMIENTO A LAS PRIORIDADES ACORDE A LAS NECESIDADES DE LA COMUNIDAD<br>13.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): CARGUE OPORTUNO Y DE CALIDAD EN EL APLICATIVO GITAPPS SITE |
| 14 | OBLIGACION 14. DILIGENCIAR LA INFORMACIÓN DE LA CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA EN EL APLICATIVO GTAPS DE LA SDS DIARIAMENTE A COMPLETITUD, CON VERACIDAD Y CALIDAD DEL DATO DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS DE LA INTERVENCIÓN, TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS SON SUJETOS DE AUDITORÍA.<br>14.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: SE DILIGENCIO LOS SEIS PLANOS CORRESPONDIENTES A LA ESTRATEGIA ÉTNICO DIFERENCIAL EMBERÁ<br>14.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): CARGUE OPORTUNO Y DE CALIDAD EN EL APLICATIVO GITAPPS SITE. |
| 15 | OBLIGACION 15. PRESENTAR EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES E INSUMOS PREPARADOS (MAPAS BASE, MATRICES, CARTOGRAFÍA, DATOS CATASTRALES Y POBLACIONALES).<br>15.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: REALICE LA ENTREGA MENSUAL DE LOS CRONOGRAMAS CORRESPONDIENTES AL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR ACORDE A LAS NECESIDADES DE LA COMUNIDAD<br>15.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES CON RETROALIMENTACIÓN DIARIA |
| 16 | OBLIGACION 16 PRESENTAR MAPA CON REGISTRO DEL EJERCICIO DE CARTOGRAFÍA REALIZADO POR EL GESTOR. · MATRIZ DE INFORMACIÓN CUANTITATIVA Y CUALITATIVA, CON EL REGISTRO REALIZADO POR PARTE DEL GESTOR.<br>16.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: REALICÉ LA GEORREFERENCIACIÓN Y SOLICITUD AL COMPONENTE GEOGRAFICO DE LOS PUNTOS DE ASENTAMIENTO DE LA POBLACIÓN INDÍGENA EMBERÁ, CONTRIBUYENDO A LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y A LA INTERVENCIÓN DIFERENCIAL.<br>16.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): MATRIZ DE SOLICITUD DE PREDIOS, GEORREFERENCIACIÓN PUNTOS DE ASENTAMIENTO |

| | |
|---|---|
| 17 | OBLIGACION 17. PARTICIPAR EN EL COMITÉ TERRITORIAL EN EL QUE PARTICIPA TODO EL EQUIPO REVISIÓN Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN (CARTOGRAFÍA, MATRIZ, INFORME Y CONCLUSIONES DE COMITÉ DE CUIDADO).<br>17.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: ASISTÍ Y PARTICIPÉ ACTIVAMENTE EN EL COMITÉ TERRITORIAL JUNTO CON TODO EL EQUIPO DE TRABAJO, RESPONDIENDO A LAS NECESIDADES ESPECÍFICAS DE CADA PUNTO DE INTERVENCIÓN.<br>17.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): ACTA CON EL CORRESPONDIENTE REGISTRO DE FIRMAS DE ASISTENCIA. |
| 18 | OBLIGACION 18. REALIZAR EL REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES EN INSTRUMENTOS DEFINIDOS PARA CAPTURA DE INFORMACIÓN CON CALIDAD (PLANILLA DE FAMILIAS CON CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ATENCIÓN INICIAL DESDE ABORDAJE TERRITORIAL, APLICATIVO EN LÍNEA DEFINIDO POR SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD).<br>18.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: REALICE REGISTRO DE LA IDENTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTOS HOSPITALARIOS DE LA COMUNIDAD, GARANTIZANDO UNA RESPUESTA INTEGRAL.<br>18.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): CARGUE OPORTUNO Y DE CALIDAD EN EL APLICATIVO GITAPPS |
| 19 | OBLIGACION 19. GESTIONAR Y ACTIVAR LOS RIESGOS EN SALUD IDENTIFICADOS CON OPORTUNIDAD A TRAVÉS DEL AGENDAMIENTO, ACTIVACIONES DE RUTA O FORMATOS DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA SEGÚN CORRESPONDA.<br>19.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: REALICE LA IDENTIFICACION TEMPRANA DE RIESGOS EN SALUD DURANTE LOS SEGUIMIENTOS HOSPITALARIOS REALIZADOS A POBLACIÓN INDÍGENA EMBERA.<br>19.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): CARGUE OPORTUNO Y DE CALIDAD EN EL APLICATIVO GITAPPS SITE |
| 20 | OBLIGACION 20. CUMPLIR, SEGÚN SU PERFIL Y RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, CON TODAS LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL ANEXO TÉCNICO DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR VIGENTE, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED, ASÍ COMO CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y OPERATIVOS QUE DE ESTE SE DERIVEN.<br>20.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: REALIZACIÓN DE SEGUIMIENTOS HOSPITALARIOS CONFORME A LAS RESPONSABILIDADES ASIGNADAS SEGÚN EL PERFIL PROFESIONAL, GARANTIZANDO CALIDAD Y OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN.<br>20.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): ARCHIVO PLANO APLICATIVO GITAPPS, TABLEROS DE CONTROL DRIVE DISTRITAL |

**III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS**

***SE VERIFICA QUE 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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | N° 1077197355 | OPERADOR: | SIMPLE |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | FAMISANAR | 2025/12/09 | $ 178.000 |
| PENSIÓN: | COLPENSIONES | 2025/12/09 | $ 227.800 |
| RIESGOS LABORALES: | SEGUROS BOLIVAR | 2025/12/09 | $ 34.700 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 440.500 |

V. 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 calculo 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 afiliacion a eps, arl, pension, 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** | *HEIDY LIZETH IGUA PATIÑO*<br>*PS_7400_2025_50F451*<br>**HEIDY LIZETH IGUA PATIÑO**<br>**CC: 1033761829** |
| **FIRMA DE QUIEN VALIDA** | *SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA*<br>*PS_7400_2025_50F451*<br>**SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA**<br>**SUPERVISOR ALTERNO** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *ANA MARGARET RABA SIERRA*<br>*PS_7400_2025_50F451*<br>**ANA MARGARET RABA SIERRA**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2025-12-10, 04:44:42 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1077197355

**Periodo Cotización:** noviembre de 2025 **Periodo Servicio:** noviembre de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8836711730

## PAGADO 09/12/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | HEIDY LIZETH IGUA PATINO | | |
| **Documento** | CC1033761829 | **Dirección** | CR 17A #64 B - 39 SUR |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3178754540 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | SEGUROS BOLIVAR |

### 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 1033761829 | HEIDY LIZETH IGUA PATIÑO | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.423.500 | $ 227.800 | (EPS017) FAMISANAR EPS | $ 1.423.500 | $ 178.000 | 2,436 | $ 1.423.500 | $ 34.700 | (CCF22) COLSUBSIDIO | $ 1.423.500 | $ 28.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 469.000 |

### 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.423.500 | $ 1.423.500 | $ 1.423.500 | $ 1.423.500 | $ 227.800 | $ 178.000 | $ 34.700 | $ 28.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 469.000 | $ 600 | $ 469.600 |



Líneas 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.

DAVIVIENDA

# Pago PSE

## Resultado de su transacción

**Código único CUS**
1994360741

**Destino de pago**
SISTEMA INTEGRADO MULTIPLE DE PAGOS ELECTRONICOS S

**Motivo**
Pago PSE. Ref:8836711730-202511-1277344. idTrans:1277344

**Fecha**
09/12/2025

**Número de aprobación**
00360741

**Dirección IP**
170.78.40.27

**Valor transacción**
$ 469.600,00

**Costo de la transacción**
$ 0,00 IVA incluido

| Referencia 1 | Referencia 2 | Referencia 3 |
|---|---|---|
| 02 | 900097333 | 6311 |

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017. DAVIVIENDA

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Ev

VER CONTRATO

## Ejecución del contrato

## Factura del contrato

**¿Se necesita autorización de registro?** Si No

| ID de pago | Número de factura | Fecha de asunto | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|---|---|---|---|---|---|

*No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados*

## Documentos de ejecución del contrato

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargac |
|---|---|---|---|
| ☐ | PS_7400_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf | PS_7400_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf | Proveec |
| ☐ | PS_7400_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf.pdf | PS_7400_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf.pdf | Proveec |

Cancelar

< Ev