

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		SANCHEZ ZAMUDIO ANDREA								394376			
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	52463121										
CORREO	asanchezz78@gmail.com	CELULAR	3154069656										
PROCESO:	Facturacion												
SERVICIO:	Facturacion								UNIDAD:				Suba
CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	A00												
BANCO	12				TIPO CUENTA				AHORROS				
NUMERO CUENTA BANCARIA		2170043927											

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		5045-2025		N° DE PAGOS DEL CONTRATO								
NÚMERO DE CDP: 1	625	FECHA	24/04/2025	NÚMERO DE CRP: 1	24678	FECHA	01/05/2025					
NÚMERO DE CDP: 2	877	FECHA	25/06/2025	NÚMERO DE CRP: 2	32711	FECHA	30/06/2025					
NÚMERO DE CDP: 3	1143	FECHA	22/08/2025	NÚMERO DE CRP: 3	38859	FECHA	31/08/2025					
OBJETO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO I DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y											
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	3,827,207			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:	15,308,828
VALOR EJECUTADO:	13,267,651
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	3,827,207
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	0
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	2,041,177
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	86.67 %

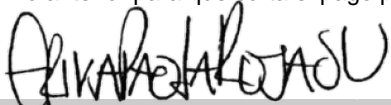
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

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
88113472	192,000	245,800	3	37,500	9,300	484,600
	0	0		0	0	

El supervisor del contrato hace constar que los datos e informe de actividades registrados en esta certificación se revisaron y son veraces.

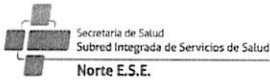
Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,



ROJAS URREGO ERIKA PAOLA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:



SANCHEZ ZAMUDIO ANDREA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA



INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CÓDIGO: AP-CT-F-50

VERSIÓN: 4

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
GESTIÓN DE CONTRATACIÓN

PÁGINA : 1 DE 1

FECHA: 07/11/2024

ÁREA Y/O SERVICIO: FACTURACION

UNIDAD:

SUBA

No. DE CONTRATO: 5045 - 2025

PERIODO CERTIFICADO

Table with columns: Día, Mes, Año, Día, Mes, Año. Values: 1, 07, 2025, 31, 07, 2025

NOMBRE DEL SUPERVISOR: ERIKA PAOLA ROJAS URREGO

NOMBRE DEL CONTRATISTA: ANDREA SANCHEZ ZAMUDIO

DOCUMENTO: 52463121

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como PROFESIONAL UNIVERSITARIO I dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la institución.

TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100

OBLIGACIONES ESPECIFICAS

ACTIVIDADES REALIZADAS

Table with 2 columns: OBLIGACIONES ESPECIFICAS and ACTIVIDADES REALIZADAS. Contains 12 rows of detailed descriptions and corresponding activities.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE (\$3.827.207.) TRES MILLONES OCHOCIENTOS VEINTISIETEMIL DOSCIENTOS SIETE PESOS M/CTE

Handwritten signature of Andrea Sanchez Zamudio

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: _ANDREA SANCHEZ ZAMUDIO

CC: 52463121

Firma de recibido supervisor:

Handwritten signature of Erika Paola Rojas Urrego

31/07/2025

Dra. ERIKA PAOLA ROJAS URREGO

DIRECTORA FINANCIERA

Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52463121	ANDREA SANCHEZ ZAMUDIO		CALLE 154A 96 40	7812465	asanchezz78@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-06	2025-06	I	09/07/2025	88113472	\$484.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS
TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	191.400	0		0		0	5	600	0	192.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	245.000	0	0	0	0	5	800	0	245.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	37.300				37.300	5	200	37.500			373	37.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	9.200	5	100	9.300	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	5	0	0	0
ICBF				
0	5	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	191.400	192.000
Pensión	1	245.000	245.800
Riesgos Laborales	1	37.300	37.500
CCF	1	9.200	9.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	482.900	484.600

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52463121	ANDREA SANCHEZ ZAMUDIO	CALLE 154A 96 40	7812465	asanchezz78@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-06	2025-06	I	09/07/2025	88113472	\$484.600	

DETALLE POR COTIZANTE																																													
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASAP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52463121	SANCHEZ ZAMUDIO ANDREA	59	0	N																	230301	1.530.920	245.000	0	0	0	0	EPS017	1.530.920	191.400	14-11	1.530.920	3	37.300	CCF24	1.530.920	9.200	0	0	0	0	0	

PAGADA