

PAGADO 12/08/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	PAOLA LORENA ROMERIN RUSSI		
Documento	CC1013633662	Dirección	CL 55 #24 D - 55
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3225245602
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	TAE	TDE	TDP	TAP	USP	COR	USI	SGR	IGE	LME	UMA	VAC	VAP	VCT	IND	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	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 1013633662	PAOLA LORENA ROMERIN RUSSI	59	00																			0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	\$ 1.750.905	\$ 280.200	(EPS017) FAMILIAR EPS	\$ 1.750.905	\$ 218.900	2.436	\$ 1.750.905	\$ 42.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 541.800	

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
\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 280.200	\$ 218.900	\$ 42.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 541.800	\$ 0	\$ 541.800

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!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Página 1 de 1

¡El Poder de lo SIMPLE!



⬇ Pago en Seguridad social

Pago en
Planilla Asistida Simple

Número de planilla
8824104584

¿Cuánto?
\$ 541.800,00

Fecha
12 de agosto de 2026 a las 11:17 a. m.

Referencia
M06419506

Superintendencia financiera
de Colombia

VIGILADO

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	PAOLA LORENA ROMERIN RUSSI			CC:	1013633662
CORREO ELECTRÓNICO:	ANDERPAOEMTO0807@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3225245602
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 55 SUR 24 B 55			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488416876289
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 3748 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.178.000	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/04/08	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31				
 PAOLA LORENA ROMERIN RUSSI PS_3748_2026_E7293E NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: PAOLA LORENA ROMERIN RUSSI CC: 1013633662 CEL: 3225245602					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

PAOLA LORENA ROMERIN RUSSI

CON C.C N°

1.013.633.662

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR MAS BIENESTAR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR EN TU HOGAR
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3748 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/04/08
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 8.386.107	No. HORAS EJECUTADAS	180
----------------------------	--------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 8.386.107	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.178.000
--	--------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y VEINTITRES (23) DIAS
---	---------------------------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO
---	-------------------------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA
------------------------	---------------------------------

ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)
------	---

1	1.OBLIGACION: DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES QUE SE GENEREN DIRECTA E INDIRECTAMENTE DEL OBJETO CONTRACTUAL EN LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS ASIGNADAS DE ACUERDO CON LA PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES. 1.1 ACTIVIDAD: DESARROLLE LAS ACTIVIDADES QUE SE GENEREN DIRECTA E INDIRECTAMENTE DEL OBJETO CONTRACTUAL EN LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS ASIGNADAS DE ACUERDO CON LA PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES PARTICIPE EN LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR LA LIDER OPERATIVA APS 1.2EVIDENCIA: PARTICIPE EN CADA UNO DE LOS FORTALECIMIENTOS E INDUCCIONES GENERALES.
2	2. OBLIGACION: REALIZAR APROPIACIÓN CONCEPTUAL DESDE SU PERFIL CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED Y/O ACTUALIZACIONES QUE CORRESPONDAN. 2.1 ACTIVIDAD: REALICE LA APROPIACIÓN CONCEPTUAL DESDE MI PERFIL CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED Y/O ACTUALIZACIONES QUE CORRESPONDAN, REALICE LA APROPIACIÓN CONCEPTUAL DEL DOCUMENTO OPERATIVO, 2.2 EVIDENCIA ENTREGUE EL ACTA A LA LIDER OPERATIVA EN LA FECHA ESTABLECIDA
3	3.OBLIGACION: ENTREGAR AL SUPERVISOR, UNA VEZ FINALICE EL CONTRATO LOS ARCHIVOS FÍSICOS, MAGNÉTICOS, INSUMOS BIOMÉDICOS Y DOTACIÓN QUE SE HUBIEREN GENERADO Y/O ENTREGADO DURANTE SU EJECUCIÓN. 3.1 ACTIVIDAD: RECIBI EL CARNET INSTITUCIONAL Y CHAQUETA 3.2 EVIDENCIA:FIRME ACTA DE RECEPCIÓN DE CHAQUETA.
4	4. OBLIGACION:REALIZAR EL PAGO DE LOS APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES CONFORMIDAD CON LA LEY 4.1ACTIVIDAD: REALICE EL PAGO DE MI SEGURIDAD SOCIAL DEL MES DE JUNIO 4.2 EVIDENCIA: CARGUE MI PLANILLA DEL MES DE JUNIO
5	5. OBLIGACION: DESARROLLAR EL PLAN DE BIENESTAR, ACORDE A CRITERIO DE PRIORIZACIÓN Y A LAS CLARIDADES TÉCNICAS, OPERATIVAS Y METODOLÓGICAS RELACIONADAS EN LAS FICHAS TÉCNICAS. 5.1ACTIVIDAD: DESARROLLE EL PLAN DE BIENESTAR, ACORDE A CRITERIO DE PRIORIZACIÓN Y A LAS CLARIDADES TÉCNICAS, OPERATIVAS Y METODOLÓGICAS RELACIONADAS EN LAS FICHAS TÉCNICAS ,REALICE MIS ACTIVIDADES DESCRITAS EN EL LINEAMIENTO TECNICO OPERATIVO CON CRITERIOS DE CALIDAD 5.2 EVIDENCIA:CARGUE MIS ENTREGABLES EN LA CARPETA DE REGISTROS Y DRIVE COMPARTIDAS POR LA LIDER OPERATIVA
6	6. OBLIGACION:REALIZAR LA PLANILLA Y EL FORMATO DE VERIFICACIÓN EL ARCHIVO 6.1ACTIVIDAD: REALIZE LA PLANILLA Y EL FORMATO DE VERIFICACIÓN EL ARCHIVOEN EL CUAL TAMBIEN REALICE SEGUIMIENTO TELEFÓNICOS A LA BASE DE SARAMPION Y BASE DE CAPITAL SALUD VERIFICACIÓN DE CARNET SI YA TENÍAN ESQUEMA COMPLETO O SE PROSEDIA A LLAMAR PARA SUMINISTRAR INFORMACIÓN DE PUNTO DE VACUNACIÓN IGUALMENTE REALIZE SEGUIMIENTO EN CARRO SEGUN LAS PERSONAS QUE SE HABIAN PROGRAMADO PARA VACUNAS Y QUEDAR LOS MENORES CON ESQUEMAS AL DIA 6.2 EVIDENCIA:CARGUE LA BASE ACTUALIZADA EN EL DRIVE Y LA BASE DE LA MATRIZ COMPARTIDO CON LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ
7	7. OBLIGACION:REALIZAR LOS REGISTROS REQUERIDOS POR EL PERFIL SEGÚN APLIQUE. 7.1 ACTIVIDAD: REALICE LOS REGISTROS REQUERIDOS POR EL PERFIL SEGÚN APLIQUE ,PARA MI PERFIL NO SE APLICAN TAMIZAJES, SE APLICÓ EN LA VALIDACIÓN DE BASES EL ESQUEMA PAI REGULAR E INCOMPLETO 7.2 EVIDENCIA: CONTE CON EL ESCANER DE LOS SISS Y LA MATRIZ PAI.
	8. OBLIGACION: REALIZAR LAS SEGUIMIENTO DE ACUERDO CON LA NECESIDAD Y EL RIESGO IDENTIFICADO EN LAS FAMILIAS. 8.1ACTIVIDAD: REALICE LOS SEGUIMIENTO DE ACUERDO CON LA NECESIDAD Y EL RIESGO IDENTIFICADO EN LAS FAMILIAS, REALICE VERIFICACIÓN DE LA BASE DE CAPITAL SALUD Y VERIFICACION DE LA BASE DE SARAMPION Y

8	RUBEOLA 8.2 EVIDENCIA:DURANTE LAS ACCIONES REALIZADAS HIZE LA VERIFICACION EN EL CUAL NO EVIDENCIE CASOS PARA NOTIFICAR
9	9.OBLIGACION: REALIZAR AGENDAMIENTO EN TIEMPO REAL A LA UNIDAD RESOLUTIVA MÁS CERCANA DEL USUARIO ACORDE A LO ESTABLECIDO EN LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS. 9.1 ACTIVIDAD: : REALICE AGENDAMIENTO EN TIEMPO REAL A LA UNIDAD RESOLUTIVA MÁS CERCANA DEL USUARIO ACORDE A LO ESTABLECIDO EN LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS DONDE TAMBIEN DIRECCIONE a los puntos más cercano a los usuarios que tenían pendientes esquema de vacunación. 9.2 EVIDENCIA: REALICE SEGUIMIENTOS TELEFONICOS A LOS USUARIOS QUE TIENE EL ESQUEMA INCOMPLETO Y SE LES BRINDO LA INFORMACION CORRESPONDIENTE SOBRE LA VACUNA PENDIENTE, SE EXPLICA PUNTO VERCANO DE VACUNACION
10	10. OBLIGACION:REALIZAR NOTIFICACIÓN DE EVENTOS DE INTERÉS DE SALUD PÚBLICA 10.1 ACTIVIDAD: REALICE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS DE INTERÉS DE SALUD PÚBLICA Y VERIFIQUE EN EL APLICATIVO PAI WEB 10.2 EVIDENCIA: DURANTE LAS ACCIONES REALIZADAS HIZE LA VERIFICACION EN EL CUAL NO EVIDENCIE CASOS PARA NOTIFICAR
11	11. OBLIGACION:REALIZAR EL CARGUE AL APLICATIVO GTAPS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD LA INFORMACIÓN EN EL CONVENIO EQUIPOS MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR ACORDE A LO ESTABLECIDO EN LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS. 11.1 ACTIVIDAD: REALICE EL CARGUE AL APLICATIVO GTAPS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD LA INFORMACIÓN EN EL CONVENIO EQUIPOS MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR ACORDE A LO ESTABLECIDO EN LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS. APLIQUE EL CARGUE EN GTAPS PARA MI PERFIL, COMO REGISTRADORA EN EL APLICATIVO, CARGUE ESTE MES DILIGENCIA EN EL DRIVE LAS ACCIONES. 11.2 EVIDENCIA: ADJUNTE LOS ESCANER EN LA BASE ASIGNADA
12	12. OBLIGACION: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. 12.1:ACTIVIDAD: APOYE 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, CUMPLI CON CALIDAD EN TODAS MIS ACTIVIDADES CONTRACTUALES 12.2 EVIDENCIA: ENTREGUE SOPORTES CON CALIDAD A LA LIDER OPERATIVA
13	13.OBLIGACION: CUMPLIR CON ACTIVIDADES Y/O PRODUCTOS PROGRAMADOS Y ASIGNADOS CON LA CALIDAD DE DATOS (INTEGRIDAD, OPORTUNIDAD, CONSISTENCIAS, EXACTITUD) DESDE MI PERFIL Y CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS QUE HAGAN PARTE DE LA RELACIÓN CONTRACTUAL ENTRE LA SUBRED, DE ACUERDO A LAS HORAS CONTRATADAS. 13.1 ACTIVIDAD:REALICE ACTIVIDADES Y/O PRODUCTOS PROGRAMADOS Y ASIGNADOS CON LA CALIDAD DE DATOS (INTEGRIDAD, OPORTUNIDAD, CONSISTENCIAS, EXACTITUD) DESDE MI PERFIL Y CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS QUE HAGAN PARTE DE LA RELACIÓN CONTRACTUAL ENTRE LA SUBRED, DE ACUERDO A LAS HORAS CONTRATADAS. 13.2 EVIDENCIA: ENTREGUE CARPETAS Y DRIVE CON SOPORTE.
14	14. OBLIGACION:REALIZAR REVISIÓN Y RESPONDER POR LOS FORMATOS DE CAPTURA, DOCUMENTOS, BASES O INFORMES GENERADOS COMO RESULTADO DE LAS ACCIONES O INTERVENCIONES REALIZADAS EN CUMPLIMIENTO A LOS ANEXOS A LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR. 14.1 ACTIVIDA: REALICE LA REVISIÓN Y RESPONDI POR LOS FORMATOS DE CAPTURA, DOCUMENTOS, BASES O INFORMES GENERADOS COMO RESULTADO DE LAS ACCIONES O INTERVENCIONES REALIZADAS EN CUMPLIMIENTO A LOS ANEXOS A LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR. REALICE LA INFORMACIÓN DESCRITA POR JEFES OPERATIVO POR LOS DE PAI REALICE LOS SOPORTES Y CARGUE AL DRIVE DE ESCANER SISS, Y CARNETS DE VACUNACIÓN 14.2 EVIDENCIA: REALICE LA BASE DRIVE SARAMPION, BASE DE CAPITAL SALUD SE VERIFICAN CARNET VACUNAS Y BASE MATRIZ PAI.
15	15. OBLIGACION:REALIZAR CARGUE Y ENTREGA DE CUENTA DE COBRO EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS, POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE, CON LA CALIDAD REQUERIDA. 15.1ACTIVIDAD: REALICE CARGUE Y ENTREGA DE CUENTA DE COBRO EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS, POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE, CON LA CALIDAD REQUERIDA REALICE MI CUENTA DE COBRO DEL MES DE JULIO ACORDE A MI FECHA DE INGRESO Y ACTIVIDADES REALIZADAS 15.2 EVIDENCIA:CARGUE DE CUENTA DE COBRO DEL MES DE JUNIO EN EL APLICATIVO.
16	16.OBLIGACION: DAR CUMPLIMIENTO DE LA POLÍTICA DE PROTECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DE LA POLÍTICA GENERAL DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN Y SUS SÍMILES EN LA SISS. 16.1ACTIVIDAD: : DI CUMPLIMIENTO DE LA POLÍTICA DE PROTECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DE LA POLÍTICA GENERAL DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN Y SUS SÍMILES EN LA SISS. CUMPLI CON LAS POLÍTICA DE PROTECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DE LA POLÍTICA GENERAL DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN DEL SISS 16.2 EVIDENCIA: LE DI CUMPLIMIENTO DE LA POLITICA EN SUPERVSIÓN DE MI LIDER OPERATIVA.
17	17. OBLIGACION:REALIZAR LA VERIFICACIÓN DEL DESARROLLO DE MIS ACCIONES CON LA POBLACIÓN DE PRIMERA INFANCIA EL CUAL NO SE EVIDENCIARON CASOS PARA NOTIFICAR 17.1 ACTIVIDAD: REALIZAR LA VERIFICACIÓN DEL DESARROLLO DE MIS ACCIONES CON LA POBLACIÓN DE PRIMERA INFANCIA EL CUAL NO SE EVIDENCIARON CASOS PARA NOTIFICAR A LA JEFE DE OPERACION17.2EVIDENCIA: DURANTE LAS ACCIONES REALIZADAS SE REALIZA LA VERIFICACIÓN Y NO SE EVIDENCIA CASOS PARA NOTIFICAR
18	18.OBLIGACION: APROPIAR LAS MEDIDAS PARA PREVENIR, CORREGIR Y DENUNCIAR EL HOSTIGAMIENTO SEXUAL, LA VIOLENCIA Y LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LAS MUJERES, EN SUS ACTIVIDADES EMPRESARIALES Y CADENA DE SUMINISTRO EN EL MARCO DE LA EJECUCIÓN DEL PRESENTE CONVENIO. 18.1ACTIVIDAD: APROPIE LAS MEDIDAS PARA PREVENIR, CORREGIR Y DENUNCIAR EL HOSTIGAMIENTO SEXUAL, LA VIOLENCIA Y LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LAS MUJERES, EN SUS ACTIVIDADES EMPRESARIALES Y CADENA DE SUMINISTRO EN EL MARCO DE LA EJECUCIÓN DEL PRESENTE CONVENIO, APLIQUE LAS MEDIDAS PARA DENUNCIAR EL HOSTIGAMIENTO SEXUAL Y DISCRIMINACIÓN. 18.2 EVIDENCIA:NO EVIDENCIE NINGUNA VIOLENCIA O DISCRIMINACIÓN.

19	19. OBLIGACION:CUMPLIR, SEGÚN PERFIL Y RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, CON TODAS LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONVENIO MÁS BIENESTAR VIGENTE, SUSCRITO A LA SUBRED, ASÍ COMO CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y OPERATIVOS QUE DE ESTE SE DERIVEN. 19.1ACTIVIDAD: CUMPLI SEGÚN PERFIL Y RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, CON TODAS LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONVENIO MÁS BIENESTAR VIGENTE, SUSCRITO A LA SUBRED, ASÍ COMO CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y OPERATIVOS QUE DE ESTE SE DERIVEN, REALICE TODAS MIS ACTIVIDADES CON RESPONSANBILIDAD Y VERACIDAD. 19.2 EVIDENCIA: REALICE ENTREGA DE TODAS MIS ACTIVIDADES CON CALIDAD,VERACIDAD Y OPORTUNIDAD.		
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 (2026-07-01) AL (2026-07-31)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 1082697323	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/07/10	\$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/07/10	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/07/10	\$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 541.800
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 ningún 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		PAOLA LORENA ROMERIN RUSSI PS_3748_2026_E7293E PAOLA LORENA ROMERIN RUSSI CC: 1013633662	
FIRMA DE QUIEN VALIDA		LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ PS_3748_2026_E7293E LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ SUPERVISOR ALTERNO	

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS
OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO



LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA

PS_3748_2026_E7293E

LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA
SUPERVISOR DEL CONTRATO