PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-10-13, 04:31:43 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1085160800

Periodo Cotización: septiembre de 2026 **Periodo Servicio:** septiembre de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8824157079

PAGADO 09/10/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANGELA PATRICIA AVILA GONZALEZ		
Documento	CC53100853	**Dirección**	CR 78M #55 - 30 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3192401239
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

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 APP	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 53100853	ANGELA PATRICIA AVILA GONZALEZ	59	00																	0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS010) EPS SURA	$ 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!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

DAVIplata

Transacción exitosa

Destino de pago

SISTEMA INTEGRADO MULTIPLE DE PAGOS ELECTRONICOS S

Motivo

Pago PSE. Ref:8824157079-202609-2304853. idTrans:2304853

Fecha y hora de la transacción

Octubre 09 de 2026 - 08:29 pm

Valor

$541.800

Impuestos

$0

Costo de la transacción

$0 IVA incluido

Referencia 1

02

Referencia 2

900097333

Referencia 3

6311

Dirección IP

179.19.6.74

Código único CUS

728349123

Número de factura

179159519473325

Número de aprobación

28349123

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Banco Davivienda S.A

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: (30-09-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**ANGELA PATRICIA AVILA GONZALEZ**			**CC:**	**53100853**
CORREO ELECTRÓNICO:	**angie2402@hotmail.com**			**TELÉFONO:**	**3192401239**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 78M 55 30 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO CAJA SOCIAL**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24077479138**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3699 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.080.858**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/04/09**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/09/01 AL 2026/09/30**				

ANGELA PATRICIA AVILA GONZALEZ
PS_3699_2026_81BCB3

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ANGELA PATRICIA AVILA GONZALEZ
CC: 53100853
CEL: 3192401239

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** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **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 **VERSIÓN:** 2 **FECHA:** 2025-06-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
ANGELA PATRICIA AVILA GONZALEZ			
	CON C.C N°	**53.100.853**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGO 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 EN TU HOGAR		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3699 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/04/09**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 15.801.920	**No. HORAS EJECUTADAS**	**131**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 24.109.658	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.080.858
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES		
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. DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES QUE SE GENEREN DIRECTA E INDIRECTAMENTE DEL OBJETO CONTRACTUAL, DE ACUERDO CON LA PROGRAMACIÓN ESTABLECIDA. 1.1 Evidencias: Di cumplimiento a las actividades programadas en las unidades de atención, desarrollando las intervenciones correspondientes de acuerdo con las necesidades identificadas durante las jornadas. Registré de manera oportuna las atenciones, acciones e intervenciones realizadas, garantizando la trazabilidad y el adecuado soporte de las actividades ejecutadas. 1.2 Productos: Elaboré los registros de atención y los informes de gestión correspondientes a las actividades e intervenciones desarrolladas. Dejé los soportes documentales de las acciones ejecutadas y del cumplimiento de la programación establecida, de acuerdo con las responsabilidades asignadas dentro del objeto contractual.
2	2. REALIZAR APROPIACIÓN CONCEPTUAL DESDE MI PERFIL, DE ACUERDO CON LOS ANEXOS, LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y LAS ACTUALIZACIONES QUE CORRESPONDAN. 2.1 Evidencias: Fortalecí y actualicé los conocimientos relacionados con los anexos técnicos, lineamientos, orientaciones y disposiciones aplicables a mi perfil profesional. Incorporé los conocimientos adquiridos en el desarrollo de las actividades asignadas, procurando que las intervenciones realizadas estuvieran acordes con los criterios técnicos establecidos. 2.2 Productos: Consolidé los soportes relacionados con mi participación en espacios de capacitación, orientación y actualización, así como las evidencias asociadas a la apropiación y aplicación de los lineamientos técnicos requeridos para el adecuado desarrollo de mis funciones.
3	3. 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 Evidencias: Esta actividad no se ejecutó durante el periodo reportado, teniendo en cuenta que la entrega de los archivos, insumos y elementos de dotación se encuentra prevista para la finalización del contrato. Durante el periodo mantuve organizados, disponibles y bajo mi custodia los documentos y elementos que me fueron asignados para el desarrollo de mis actividades. 3.2 Productos: No generé productos correspondientes a la entrega final durante el periodo reportado, debido a que esta actividad está asociada al cierre contractual. Para la finalización del contrato contemplé la entrega organizada de los archivos físicos y digitales, los elementos asignados y los demás soportes que correspondieran.
4	4. REALIZAR EL PAGO DE LOS APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES, DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y LAS DISPOSICIONES APLICABLES DURANTE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL. 4.1 Evidencias: Realicé durante el periodo reportado el pago de los aportes correspondientes al Sistema General de Seguridad Social y demás conceptos aplicables, efectuando las respectivas verificaciones y procurando que los pagos se realizaran dentro de los tiempos establecidos. 4.2 Productos: Presenté los comprobantes correspondientes a los aportes efectuados durante el periodo, incluyendo las planillas PILA y demás documentos requeridos como soporte del cumplimiento de esta obligación contractual.

5	5. DESARROLLAR EL PLAN DE BIENESTAR, DE ACUERDO CON LOS CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN Y LAS ORIENTACIONES TÉCNICAS, OPERATIVAS Y METODOLÓGICAS ESTABLECIDAS EN LAS FICHAS TÉCNICAS. 5.1 Evidencias: Desarrollé las acciones contempladas en el Plan de Bienestar, teniendo en cuenta los criterios de priorización y las necesidades identificadas en las familias atendidas. Realicé visitas domiciliarias, entrevistas de valoración, identificación de factores de riesgo, orientación psicosocial y seguimiento, de acuerdo con las particularidades y requerimientos evidenciados en cada intervención. 5.2 Productos: Elaboré y diligencié los registros correspondientes a las intervenciones familiares, fichas de caracterización, formatos de visita domiciliaria, seguimientos y demás documentos relacionados con los compromisos, orientaciones y acciones acordadas con las familias atendidas.
6	6. REALIZAR EL REGISTRO DE LAS FAMILIAS CON LAS QUE SE INICIARON LOS PLANES DE BIENESTAR FAMILIAR, ASÍ COMO LOS FORMATOS DE DISENTIMIENTO CUANDO NO FUE ACEPTADA LA INTERVENCIÓN, Y VERIFICAR EL ARCHIVO PLANO DE RUTEO PARA EVIDENCIAR LA GESTIÓN Y FINALIZACIÓN DE LOS CASOS. 6.1 Evidencias: Registré la información correspondiente a las familias con las cuales inicié los procesos de bienestar familiar y diligencié los formatos de disentimiento en los casos en que la intervención no fue aceptada. Asimismo, realicé la revisión y actualización de la información contenida en el archivo plano de ruteo, permitiendo evidenciar las gestiones adelantadas y el estado de los casos atendidos. 6.2 Productos: Consolidé la información de las familias atendidas en los registros y bases de seguimiento correspondientes. Diligencié los formatos de disentimiento requeridos y organicé los soportes relacionados con la gestión, seguimiento y finalización de los casos.
7	7. REALIZAR LOS TAMIZAJES REQUERIDOS POR EL PERFIL, DE ACUERDO CON LAS FICHAS TÉCNICAS Y SEGÚN LAS NECESIDADES IDENTIFICADAS EN LA POBLACIÓN ATENDIDA. 7.1 Evidencias: Apliqué los instrumentos de tamizaje establecidos de acuerdo con las características, condiciones y necesidades de las personas y familias atendidas. Realicé la valoración de aspectos relacionados con salud mental, funcionalidad familiar, condiciones psicosociales, estrategias de afrontamiento y factores de riesgo, de acuerdo con los criterios definidos en las fichas técnicas. 7.2 Productos: Registré los tamizajes aplicados y sus respectivos resultados, junto con los formatos de valoración y los soportes correspondientes a las situaciones que requirieron orientación, seguimiento, canalización o activación de las rutas establecidas.
8	8. REALIZAR LAS CANALIZACIONES Y EL SEGUIMIENTO DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES Y EL NIVEL DE RIESGO IDENTIFICADO EN LAS FAMILIAS. 8.1 Evidencias: Gestioné las canalizaciones requeridas a partir de las necesidades identificadas durante las intervenciones, orientando a las personas y familias hacia los servicios, programas, instituciones y entidades correspondientes. Realicé seguimiento a los casos que, de acuerdo con sus características y nivel de riesgo, requirieron continuidad, verificación o acompañamiento en las acciones adelantadas. 8.2 Productos: Generé los registros y soportes de las remisiones y canalizaciones efectuadas, así como los seguimientos realizados y las evidencias relacionadas con las gestiones adelantadas ante las diferentes instituciones y servicios.
9	9. REALIZAR EL AGENDAMIENTO EN TIEMPO REAL A LA UNIDAD RESOLUTIVA MÁS CERCANA, DE ACUERDO CON LA NECESIDAD IDENTIFICADA Y LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS ESTABLECIDOS. 9.1 Evidencias: Gestioné el agendamiento de los usuarios que requirieron acceso a servicios de acuerdo con las necesidades identificadas durante las atenciones. Realicé las gestiones correspondientes para procurar la asignación en la unidad resolutiva más cercana y pertinente, verificando la información disponible y dejando el respectivo registro. 9.2 Productos: Registré las asignaciones y gestiones de agendamiento realizadas, junto con las confirmaciones de las citas y los soportes disponibles en los sistemas o formatos institucionales correspondientes.
10	10. REALIZAR LA NOTIFICACIÓN DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DE ACUERDO CON LAS SITUACIONES IDENTIFICADAS Y LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS. 10.1 Evidencias: Identifiqué durante las atenciones las situaciones que, de acuerdo con los criterios establecidos, requirieron notificación como eventos de interés en salud pública. Realicé los reportes correspondientes conforme a los procedimientos y lineamientos definidos, dejando constancia de las gestiones efectuadas. 10.2 Productos: Diligencié y registré las notificaciones correspondientes a los eventos identificados durante el periodo, junto con los formatos y soportes requeridos para respaldar los reportes efectuados.
11	11. REALIZAR EL CARGUE AL APLICATIVO GTAPS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD DE LA INFORMACIÓN DE LAS FAMILIAS VISITADAS EN EL CONVENIO EQUIPOS MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR, DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS. 11.1 Evidencias: Realicé el cargue de la información obtenida durante las visitas a las familias en el aplicativo GTAPS, verificando que los datos registrados fueran completos, coherentes y correspondieran a las actividades efectivamente desarrolladas. 11.2 Productos: Dejé registrada y actualizada en el aplicativo GTAPS la información correspondiente a las familias atendidas, junto con los soportes derivados de las visitas y de la validación de los datos ingresados.

12	12. APOYAR LAS ACTIVIDADES INHERENTES AL OBJETO DEL CONTRATO PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD Y AQUELLAS DEFINIDAS DENTRO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE LOS DIFERENTES ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. 12.1 Evidencias: Participé en las actividades orientadas al mejoramiento continuo de la calidad de los procesos, atendiendo las orientaciones institucionales y aportando desde mi perfil profesional al desarrollo de las acciones de mejora relacionadas con la prestación de los servicios. 12.2 Productos: Entregué los registros y soportes derivados de las actividades de mejoramiento en las que participé, incluyendo documentos de seguimiento, compromisos establecidos y demás evidencias requeridas para respaldar las acciones realizadas.
13	13. CUMPLIR CON LAS ACTIVIDADES Y/O PRODUCTOS PROGRAMADOS Y ASIGNADOS, GARANTIZANDO LA CALIDAD DE LOS DATOS DESDE MI PERFIL PROFESIONAL Y DE ACUERDO CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS QUE HACEN PARTE DE LA RELACIÓN CONTRACTUAL. 13.1 Evidencias: Desarrollé las actividades y productos que me fueron asignados dentro de los tiempos establecidos. Verifiqué que la información registrada correspondiera a las acciones efectivamente realizadas y procuré mantener los datos con condiciones de integridad, consistencia, exactitud y oportunidad. 13.2 Productos: Entregué los registros, bases de datos, informes y demás soportes derivados de las actividades desarrolladas. Realicé las revisiones y ajustes necesarios para mantener la información organizada, completa y consistente.
14	14. REALIZAR LA REVISIÓN Y RESPONDER POR LOS FORMATOS DE CAPTURA, DOCUMENTOS, BASES O INFORMES GENERADOS COMO RESULTADO DE LAS ACCIONES O INTERVENCIONES REALIZADAS EN CUMPLIMIENTO DE LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR. 14.1 Evidencias: Revisé los formatos, documentos, bases de datos e informes generados como resultado de las intervenciones realizadas. Verifiqué que la información correspondiera a las actividades ejecutadas y atendí los ajustes o correcciones que fueron solicitados durante el periodo reportado. 14.2 Productos: Entregué los formatos, documentos y bases de información correspondientes a las actividades desarrolladas, junto con los informes y demás soportes requeridos, procurando mantener la calidad y consistencia de la información reportada.
15	15. REALIZAR EL CARGUE Y ENTREGA DE LA CUENTA DE COBRO EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE, CON LA CALIDAD REQUERIDA. 15.1 Evidencias: Realicé la recopilación y organización de la documentación necesaria para la presentación de la cuenta de cobro. Efectué el cargue correspondiente dentro de los tiempos establecidos y verifiqué previamente que los soportes requeridos se encontraran completos y correctamente diligenciados. 15.2 Productos: Presenté la cuenta de cobro correspondiente al periodo reportado, acompañada de los documentos y soportes requeridos para su respectivo trámite y radicación.
16	16. DAR CUMPLIMIENTO A LA POLÍTICA DE PROTECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y A LA POLÍTICA GENERAL DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN DEL FDS Y SUS SÍMILES EN LA SISS. 16.1 Evidencias: Di cumplimiento a las disposiciones establecidas para la protección, tratamiento y manejo adecuado de los datos personales y de la información institucional. Durante el desarrollo de mis actividades mantuve la reserva y confidencialidad de la información conocida en el ejercicio de mis funciones. 16.2 Productos: Mantuve organizados y protegidos los registros y documentos generados durante las intervenciones, aplicando las medidas establecidas para el manejo seguro de la información y evitando su divulgación o utilización inadecuada.
17	17. REALIZAR LA NOTIFICACIÓN DEL TRABAJO INFANTIL, DEL TRABAJO FORZOSO, DE LAS CONDUCTAS DISCRIMINATORIAS, DEL HOSTIGAMIENTO SEXUAL, DE LA VIOLENCIA Y DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LAS MUJERES. 17.1 Evidencias: Durante el periodo reportado no identifiqué situaciones relacionadas con trabajo infantil, trabajo forzoso, conductas discriminatorias, hostigamiento sexual, violencia o discriminación contra las mujeres que requirieran la realización de una notificación formal de acuerdo con las rutas y procedimientos establecidos. 17.2 Productos: No generé reportes ni formatos de notificación relacionados con esta obligación durante el periodo informado, debido a que no se identificaron situaciones que requirieran la activación de los mecanismos correspondientes.
18	18. APROPIAR LAS MEDIDAS PARA PREVENIR, CORREGIR Y DENUNCIAR EL HOSTIGAMIENTO SEXUAL, LA VIOLENCIA Y LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LAS MUJERES, EN EL MARCO DE LA EJECUCIÓN DEL CONVENIO. 18.1 Evidencias: Durante el periodo reportado no se presentaron situaciones que requirieran la implementación específica de medidas de corrección, denuncia o activación de rutas relacionadas con hostigamiento sexual, violencia o discriminación contra las mujeres. Mantuve presentes las orientaciones y medidas institucionales aplicables para la prevención y atención de estas situaciones. 18.2 Productos: No generé productos o registros específicos asociados a esta obligación durante el periodo reportado, debido a que no se presentaron situaciones que requirieran su activación o ejecución.

19	19. CUMPLIR, SEGÚN MI PERFIL Y RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, CON LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL ANEXO TÉCNICO DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR VIGENTE, ASÍ COMO CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y OPERATIVOS QUE DE ESTE SE DERIVEN. 19.1 Evidencias: Cumplí las responsabilidades y actividades asignadas de acuerdo con mi perfil profesional, atendiendo los lineamientos técnicos y operativos establecidos para la ejecución del convenio. Respondí a los requerimientos relacionados con el objeto contractual y desarrollé las acciones correspondientes dentro de los tiempos definidos. 19.2 Productos: Consolidé y entregué los registros, documentos, informes y demás soportes derivados de las actividades realizadas durante el periodo reportado, dejando evidencia del cumplimiento de las responsabilidades y obligaciones asignadas dentro del contrato.

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 (2026-09-01) AL (2026-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1084430959	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2026/09/12	$ 218.900
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/09/12	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/09/12	$ 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 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	*ANGELA PATRICIA AVILA GONZALEZ* *PS_3699_2026_81BCB3* **ANGELA PATRICIA AVILA GONZALEZ** **CC: 53100853**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ* *PS_3699_2026_81BCB3* **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_3699_2026_81BCB3* **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**