

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA														
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				AURA CRISTINA SÁNCHEZ CARVAJAL										
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.		1023939855					
CORREO ELECTRONICO:				aurasanchez674@gmail.com				CELULAR:		3202195762				
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				FONTIBON / FO08										
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				PIC. VIGILANCIA SANITARIA Y AMBIENTAL				SEDE:		Fontibon				
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
		K31	100											
ENTIDAD FINANCIERA:				BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:		AHORROS				
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				32872474616				PENSIONADO		No				
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS														
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				3279-2018				N° DE PAGOS DEL CONTRATO		3 DE 3				
NÚMERO DE CDP		699		FECHA	23/03/2018		NÚMERO DE CRP	18909		FECHA	28/03/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:				Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.										
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE		DIA	MES	AÑO	HASTA		DIA	MES	AÑO	
						1	4	2018			30	4	2018	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$1.232.426										
TIPO DE SERVICIOS		PIC		RESERVA DE GLOSA 2%				\$0						
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 EJECUCIÓN DEL CONTRATO														
CONCEPTO								VALORES						
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:								\$3.697.278						
VALOR EJECUTADO								\$3.697.278						
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$1.232.426						
VALOR A LIBERAR								\$0						
SALDO POR EJECUTAR								\$0						
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN								100%						
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:														
Se verifica el cumplimiento del <u>mínimo</u> valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$1.953.105, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.														
Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES								
1713839603	\$781.242,00	\$97.700	\$125.000	3	\$19.100	\$241.800								
Dado en Bogotá en el mes de ABRIL del año Dos Mil dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,														
 ING. JENNY CONSTANZA BERMUDEZ GARCIA NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR								 AURA CRISTINA SANCHEZ CARVAJAL NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA						

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

NIT 900.959.048-4

DEBE A

AURA CRISTINA SANCHEZ CARVAJAL

CC. N°

1023939855

Bogota

Por concepto de servicios prestados durante el mes de ABRIL de 2018 según contrato de prestación de servicios 3279-2018 de acuerdo a informe de actividades anexo y certificación de pago y ejecución de contrato.

NUMERO DE TURNOS, HORAS, DIAS A CANCELAR:

30

DIAS

VALOR TURNOS O DIAS ADICIONALES: 0

TOTAL COBRO: UN MILLON DOSCIENTOS TREINTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS VEINTI SEIS

TOTAL: \$ 1.232.426

Autorizo a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

A consignar el valor correspondiente

EN LA CUENTA DE AHORROS X CTE No 32872474616

DEL BANCO: BANCOLOMBIA.

CENTRO DE COSTO	PORCENTAJE %	VALOR
K421	0%	\$ -
K621	0%	\$ -
W521	0%	\$ -
K721	0%	\$ -
K821	0%	\$ -
K921	0%	\$ -
V721	0%	\$ -
K121	0%	\$ -
V921	0%	\$ -
K121	0%	\$ -
K31	100%	\$ 1.232.426
TOTAL	100%	\$ 1.232.426

	SI	NO
BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO INFORMO QUE SOY DECLARANTE DE RENTA POR EL AÑO 2017		X
DECLARAO QUE MIS INGRESOS PROVIENEN EN MAS DEL 80 % DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE MANERA PERSONAL O DE DESARROLLO DE UNA ACTIVIDAD ECONOMICA POR CUENTA Y RIESGO DE EL EMPLEADOR O CONTRATANTE	X	
QUE MIS INGRESOS TOTALES EN EL AÑO INMEDIATAMENTE ANTERIOR SUPERARON 1.400 UVT (\$44,603,000)		X

CORDIALMENTE,

Aura Cristina Sanchez Carvajal
AURA CRISTINA SANCHEZ CARVAJAL

CC. N° 1023939855 Bogota

aurasanchez674@gmail.com

TELEFONO CELULAR No. 3202195762

Page: 11/11/2011 11:11:11 AM



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES RECIBO PARA PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1023939855
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	AURA CRISTINA SANCHEZ CARVAJAL SANCHEZ CARVAJAL		
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 48 SUR 15B 07 ESTE INT 2	TELÉFONO:	4848715
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicio de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
NÚMERO PLANILLA:	1713839603	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES: abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2018	SALUD:	AÑO: 2018

INFORMACIÓN FECHAS DE PAGO			
FECHA LIMITE DE PAGO	DIAS DE MORA	VALOR DE LA MORA	VALOR POR PAGAR
2018/04/16	0	\$ 0	\$ 241.800
2018/04/17	0	\$ 0	\$ 241.800
2018/04/18	0	\$ 0	\$ 241.800
2018/04/19	0	\$ 0	\$ 241.800
2018/04/20	0	\$ 0	\$ 241.800
2018/04/23	0	\$ 0	\$ 241.800

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	\$ 125.000
SUBTOTAL:			1	\$ 125.000
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
830003564	EPS017	EPS017-FAMISANAR	1	\$ 97.700
SUBTOTAL:			1	\$ 97.700
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800256161	14-28	14-28-SURATEP-AGRICOLA	1	\$ 19.100
SUBTOTAL:			1	\$ 19.100

TOTAL POR PAGAR:	\$ 241.800
-------------------------	-------------------