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 DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-077** **VERSIÓN: 2** **FECHA: 2024-09-16**

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

NICOL JOHANNA BORRAY SANTOFIMIO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	52.216.500				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN ODONTOLOGIA ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5105 2024	**FECHA INICIO CONTRATO**	1/10/2024		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.921.644	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	QUINCE (15) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 14.115.155	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 6.724.122		
N° DE INFORME:	3	**N° CRP:**	43502	**N° CDP:**	2905
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	2 MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6BH CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 29				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	2	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	2	**PRORROGAS**	2	
VALOR ADICIONADO	$ 5.853.288	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**CRP DE LA ADICIÓN:**	43795	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5.340.223	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3954	**CRP DE LA ADICIÓN:**	47759	**TIEMPO PRORROGADO:**	16 DIAS
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	X	
N° DE PÓLIZA:	N/A	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	N/A		
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	**FECHA DE APROBACIÓN:**	N/A		

ÍTEM	IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO **(Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)**
1	1. OBLIGACIÓN: Prestar sus servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Desarrollar Actividades y productos correspondientes a la obligación del contrato. Revisiòn de productos de los 4 subsistemas, realización con calidad y oportunidad obligaciones contractuales. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 250_46_8_PSPIC_SIVIGILA_2024_NO_TRANSMISIBLES_VSPD_PRODUCTOS_noviembre
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se presenta cronograma ejecutado del mes de noviembre y proyeccion diciembre. Archivo carpetas cronogramas custodia de coordinación, DRIVE . 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 250_46_8_PSPIC_SIVIGILA_2024_NO_TRANSMISIBLES_VSPD_PRODUCTOS_noviembre
3	1. OBLIGACIÓN: Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes que se solicite conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Acompañamiento a talento humano, realización plan acción de octubre de 2024, proyección noviembre , realización y verificación de factura del mes denoviembre, realización SEGPLAN cuatro subsistemas No transmisibles Reunión de líderes de proceso,Programar, supervisar y realizar el seguimiento a la ejecución con calidad de los productos establecidos en el lineamiento con cada subsistema 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 250_46_8_PSPIC_SIVIGILA_2024_NO_TRANSMISIBLES_VSPD_PRODUCTOS_noviembre
4	1. OBLIGACIÓN: 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 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Asistencia Reunión de área VSP Realización reunión Equipo no transmisible. Asistencia reunión de líderes. Reunión articulacio asistencias técnicas públicas y privadas SISVESO. Espacio de Direccionamiento Estratégico Mes de noviembre gestión y politicas. Reunión distrital de SIVISTRA articulacion laboral
5	1. OBLIGACIÓN: Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Reunión de líderes de proceso, programar, supervisar y realizar el seguimiento a la ejecución con calidad de los productos establecidos en el lineamiento con cada subsistema, lectura, apropiación y socialización de lineamientos 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 250_46_8_PSPIC_SIVIGILA_2024_NO_TRANSMISIBLES_VSPD_PRODUCTOS_noviembre
6	1. OBLIGACIÓN: Realizar acciones y asesorías integrales extramurales a la población asignada a nivel individual, familiar y colectivo, desde su perfil profesional especializado y conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre la subred con el Fondo Financiero-SD 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realización asistencia técnicas No transmisibles SISVESO upgds privadas Acompañamiento terreno a IEC huerfanas. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 250_46_8_PSPIC_SIVIGILA_2024_NO_TRANSMISIBLES_VSPD_PRODUCTOS_noviembre

7	1. OBLIGACIÓN: Realizar el direccionamiento técnico según los lineamientos distritales del sistema de vigilancia epidemiológica en la red de prestadores públicos y privados. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Lectura de lineamientos a los 4 subsistemas, reuniones gestión de la información con cordinadora de vigilancia socilización de ajustes al evento 115, seguimiento a la notificación de los eventos no transmisibles 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 250_46_8_PSPIC_SIVIGILA_2024_NO_TRANSMISIBLES_VSPD_PRODUCTOS_noviembre
8	1. OBLIGACIÓN: Realizar intervenciones epidemiológicas de campo, bloqueo y búsqueda activa comunitaria de los eventos de interés en salud pública, según demanda nuevo VSP 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Verificación del cumplimiento de IEC por subsistema mes de octubre 15, seguimiento en campo al subsistema de Cronicos en Investigacion epidemiolgica de campo, verificacion y realizacion de preaditoria. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 250_46_8_PSPIC_SIVIGILA_2024_NO_TRANSMISIBLES_VSPD_PRODUCTOS_noviembre
9	1. OBLIGACIÓN: Participar y gestionar los acercamientos comunitarios e institucionales que se requieran, para el desarrollo de las acciones de cada Espacio y/o Proceso Transversal del PSPIC 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: participación reunión con gestión y politicas articulacion con espacio laboral . participacion en comite tecnico de enfermedades cronicas. articulacion con equipos basicos extramurales Hogar 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 250_46_8_PSPIC_SIVIGILA_2024_NO_TRANSMISIBLES_VSPD_PRODUCTOS_noviembre
10	1. OBLIGACIÓN: Ejecutar las políticas y programas de la dimensión en salud publica en emergencias y desastres para las intervenciones realizadas en atención de brotes, en los sistemas de información de la vigilancia epidemiológica 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: verificación del cumplimiento del producto de IEC por subsistema para realización de la poblacional, seguimiento a la notificación de los evento 115,155 y 342 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 250_46_8_PSPIC_SIVIGILA_2024_NO_TRANSMISIBLES_VSPD_PRODUCTOS_noviembre
11	1. OBLIGACIÓN: apoyar los procesos de salud pública en emergencias y desastres establecidos en el marco del contrato PIC contemplados en las políticas, planes, nacionales. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizo apoyo actividad establecidas en componente de vigilancia epidemiológica comunitaria y siveso actividad RURAL 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 250_46_8_PSPIC_SIVIGILA_2024 NO_TRANSMISIBLES_SISVESO_
12	1. OBLIGACIÓN: Realizar análisis de situación en salud de los eventos de interés en salud pública desde los diferentes entornos y componentes del PSPIC para la toma de decisiones 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Reuniòn de lideres gestion de la informacion SEMANAL anàlisis de los ajustes pendientes por realizar de 115. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 250_46_8_PSPIC_SIVIGILA_2024_NO_TRANSMISIBLES_VSPD_PRODUCTOS_noviembre
13	1. OBLIGACIÓN: Realizar actividades, ejecución, orientación, coordinación y/o apoyo de eventos de interés en salud pública, bajo los lineamientos y protocolos establecidos a nivel distrital y nacional 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza revisiòn a los productos de los 4 subsistemas semanal. Seguimiento a la notificacón de los evento 115,155 y 342 Alistamiento, organización y realización asistencias tecnicas subsistema de SISVESO. Consolidación y cierre de asistencias tecnicas no transmisibles. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 250_46_8_PSPIC_SIVIGILA_2024_NO_TRANSMISIBLES_VSPD_PRODUCTOS_noviembre
14	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Revisiòn y organización de carpetas y mes de OCtubre2024 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 250_46_8_PSPIC_SIVIGILA_2024_NO_TRANSMISIBLES_VSPD_PRODUCTOS_noviembre
15	1. OBLIGACIÓN: Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Entrega y revisión de productos. Realización factura, vigilar los procesos de notificación con calidad, veracidad y oportunidad correspondiente a los eventos de interés en salud pública del componente no transmisibles. Realización y revisión de cronograma, informe de actividades, preauditoria personal. Verificación talento humano requerida. Participacion y apoyo en Unidad de analisis SUbsitema Sivistra ; cronicos y enfermedades huerfanas Participación en mesa de trabajo EAPB nueva eps - subredes integradas de servicios de salud y sds. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 250_46_8_PSPIC_SIVIGILA_2024_NO_TRANSMISIBLES_VSPD_PRODUCTOS_noviembre

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9477364353	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	SANITAS	18/11/2024	$ 336.300
PENSIÓN:	COLPENSIONES	18/11/2024	$ 430.400
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	18/11/2024	$ 65.600
OTRO	CCF COMPENSAR	18/11/2024	$ 16.200
	TOTAL PAGADO		**$ 848.500**

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el IBC se calculó 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 afiliación a EPS, ARL, Pensión, 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: NICOL JOHANNA BORRAY SANTOFIMIO
CC: 52.216.500
CEL 3108341214

Secretaría Distrital de Salud Centro Oriente ESE	**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: 6** **FECHA: 2024-09-16**

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/11/2024

NOMBRES Y APELLIDOS:	NICOL JOHANNA BORRAY SANTOFIMIO	**CC:**	52.216.500
		RUT (NIT):	52216500-9
CORREO ELECTRÓNICO:	nicolborray@gmail.com	**TELÉFONO:**	3108341214
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CRA 7B 134B 63	**CIUDAD:**	BOGOTÁ

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.

NO tomaré costos y deducciones	( )
SI tomaré costos y deducciones	(X)

La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.

Régimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación	SI ( )	NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO AV VILLAS				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**N° CUENTA:**	007907749

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

N° DEL CONTRATO:	PS 5105 2024	**N° CDP:**	3525-3954	**N°. RP:**	43795-47759	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: 2 MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/10/2024	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		1/12/2024		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 14.115.155
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 1/11/2024 AL 30/11/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 6.724.122					
	SEIS MILLONES SETECIENTOS VEINTICUATRO MIL CIENTO VEINTIDÓS PESOS					

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: NICOL JOHANNA BORRAY SANTOFIMIO

CC: **52.216.500**

CEL: **3108341214**

Secretaría Distrital 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 SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION**	**CÓDIGO: AP LA FT 078** **VERSIÓN: 2** **FECHA: 2024 09 16**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA	NICOL JOHANNA BORRAY SANTOFIMIO				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	52.216.500				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN ODONTOLOGIA ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5105 2024		**FECHA INICIO CONTRATO**	1/10/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.921.644				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 14.115.155		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 6.724.122	
N° PAGO / N° DE INFORME:	3 de 3	**N° CRP INICIAL:**	43502	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	2905
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	2 MESES				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9477364353		**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GSP PSPIC - VSP				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6BH CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 29				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	2	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICIÓN (2)	PRÓRROGA (2)
VALOR ADICIONADO	$ 5.853.288	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**RP DE LA ADICIÓN:**	43795	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5.340.223	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3954	**RP DE LA ADICIÓN:**	47759	**TIEMPO PRORROGADO:**	16 DIAS
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS (SI APLICA)			
Nº DE PÓLIZA:	N/A	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**	N/A

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA 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 1/11/2024 al 30/11/2024

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

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:
MARIA CRISTINA DUARTE GARZON
CARGO:
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 29

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	**dv**	**Razon Social**	**Clase Aportante**	**Sucursal Principal**	**Direccion**	**Ciudad-Departamento**	**Teléfono**	**Exonerado SENA e ICBF**
CC 52216500		BORRAY SANTOFIMIO NICOL JOHANNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 7B # 134B-63 APTO 806	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3755061	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		**Clave**		**Tipo**	**Fecha**		**Pago**		
Pensión	**Salud**	**Pago**	**Planilla**	**Planilla**	**Limite**	**Pago**	**Banco**	**Dias Mora**	**Valor**
2024-10	2024-10	1058107455	9477364353	I	2024/11/05	2024/11/18	BANCO AV VILLAS	13	$856,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,689,648	$430,400			$2,689,648	$336,300			$2,689,648	$16,200			$2,689,648	$65,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,689,648	$430,400			$2,689,648	$336,300			$2,689,648	$16,200			$2,689,648	$65,600		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,689,648	$430,400			$2,689,648	$336,300			$2,689,648	$16,200			$2,689,648	$65,600		$0	$0
1	CC 52216500	BORRAY NICOL	25-14	30	$2,689,648	$430,400	EPS005	30	$2,689,648	$336,300	CCF24	30	$2,689,648	$16,200	14-7	30	$2,689,648	$65,600	30	$0	$0
Total Afiliados(1)					$2,689,648	$430,400			$2,689,648	$336,300			$2,689,648	$16,200			$2,689,648	$65,600		$0	$0

2024/11/18 07:38 AM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52216500		BORRAY SANTOFIMIO NICOL JOHANNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 7B # 134B-63 APTO 806	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3755061	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2024-10	2024-10	1058107455	9477364353	I	2024/11/05	2024/11/18	BANCO AV VILLAS	13	$856,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$430,400	$4,000	$0	$434,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$430,400	$4,000	$0	$434,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$65,600	$700	$0	$66,300
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$65,600	$700	$0	$66,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$16,200	$200	$0	$16,400
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$16,200	$200	$0	$16,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$336,300	$3,100	$0	$339,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$336,300	$3,100	$0	$339,400
TOTAL				1	$848,500	$8,000	$0	$856,500

2024/11/18 07:38 AM

Gmail

Merly Bonilla <merlybonilla2016@gmail.com>

Fwd: PSE Transacción Aprobada - CUS 1058107455

1 mensaje

Nicol Borray <borray16@gmail.com>
Para: merlybonilla2016@gmail.com

18 de noviembre de 2024, 8:09

Enviado desde mi iPhone

Inicio del mensaje reenviado:

De: serviciopse@achcolombia.com.co
Fecha: 18 de noviembre de 2024, 7:38:33 a. m. COT
Para: borray16@gmail.com
Asunto: PSE Transacción Aprobada - CUS 1058107455

¡Hola, Nicol Johanna Borray!

Gracias por utilizar los servicios de BANCO AV VILLAS y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: **Aprobada**
CUS: 1058107455
Empresa: APORTES EN LINEA
Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9477364353
Valor de la Transacción: $ 856.500
Fecha de Transacción: 18/11/2024

Ten en cuenta estos tips de seguridad