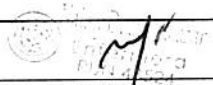
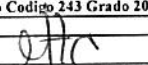
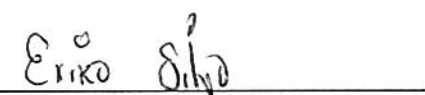


[illegible]

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
ERIKA JULIANA SILVA					
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1.000.938.540					
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 4290 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
				5/07/2024	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 12.233.184		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 2.003.400	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		5		Nº CRP INICIAL: 35527	
				Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO 2374	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		8 MESES Y 27 DIAS			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		1067224088		OPERADOR: SIMPLE	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		ENFERMERIA			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		ISC HOSPITAL SANTA CLARA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		NATALY DUQUE SALAZAR			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº 3	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):		ADICIÓN 3	PRÓRROGA 3
VALOR ADICIONADO	\$ 6.863.796	CDP DE LA	2614	RP DE LA	37276
VALOR ADICIONADO	\$ 469.680	CDP DE LA	2786	RP DE LA	39479
VALOR ADICIONADO	\$ 2.859.120	CDP DE LA ADICIÓN:	3756	RP DE LA ADICIÓN:	46573
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA		RP DE LA	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA		RP DE LA	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA		RP DE LA	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA		RP DE LA	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
Nº DE PÓLIZA:	XX	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		XX	
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:		XX	
IV. 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 (01/11/2024) AL (30/11/2024)					
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		 NATHALY DUQUE SALAZAR Enfermero Código 243 Grado 20 - Referente Enfermeria			
		 MARCELA TRIVINO CORTES Enlace Operativo - Direccion Hospitalarios - Enfermeria			


Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.
Enlace Operativo - Direccion Hospitalarios - Enfermeria

	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:	ERIKA JULIANA SILVA	CC: 1000938540
CORREO ELECTRÓNICO:	ERICSILVA@GMAIL.COM	RUT (NIT):
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 43B SUR 1 54	TELÉFONO: 3004079519
		CIUDAD: BOGOTÁ
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.		
NO tomaré costos y deducciones		(X)
SI tomaré costos y deducciones		()
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:	DAVIVIENDA	
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)	TIPO DE CUENTA:	AHORROS
	Nº CUENTA:	550488437074492
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)		
Nº DEL CONTRATO:	PS 4290 2024	Nº CDP: 3756
		Nº. RP: 46573
		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 8 MESES Y 27 DÍAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	5/07/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: 31/12/2024
		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 12233184
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/11/2024 AL 30/11/2024	
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 2.003.400	
	DOS MILLONES TRES MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE	
		
ERIKA JULIANA SILVA 1000938540 3004079519		



PAGOSIMPLE I

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-11-14, 04:17:51 AM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1067224088
Período Cotización: octubre de 2024 Período Servicio: octubre de 2024 Referencia pago (PIN): 8810830871

PAGADO 13/11/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ERIKA YULIANA SILVA ARCHILA
Documento	CC1000938540
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE
Tipo Persona	NATURAL
Ciudad	BOGOTÁ D.C.
Representante Legal	
Total Afiliados	1

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado			Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas				Parafiscales			Total			
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET P	TAE	TOR	TAV	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradores	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradores	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1000938540	ERIKA YULIANA SILVA ARCHILA	59	00															2003031 PORVEINER	\$ 208.000	\$ 1.300.000	(EPISODIO RESCAUO SUP CAPITAL SALUD	\$ 1.300.000	\$ 162.500	2.438	\$ 1.300.000	\$ 31.700					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 428.200

III. TOTALES

IBC Pensión	\$ 1.300.000	IBC Salud	\$ 1.300.000	IBC Riesgos	\$ 1.300.000	IBC Cajas	\$ 1.300.000	Aportes Pensión	\$ 208.000	Aportes Salud	\$ 162.500	Aportes Riesgos	\$ 31.700	Aportes Cajas	\$ 26.000	Aportes SENA	\$ 0	Aportes ICBF	\$ 0	Aportes ESAP	\$ 0	Aportes Min Educación	\$ 0	Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor EPS	\$ 0	Incapacidades ARP	\$ 0	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MONA	\$ 428.200	TOTAL INTERESES DE MONA	\$ 600	TOTAL FINAL	\$ 428.800
-------------	--------------	-----------	--------------	-------------	--------------	-----------	--------------	-----------------	------------	---------------	------------	-----------------	-----------	---------------	-----------	--------------	------	--------------	------	--------------	------	-----------------------	------	--	------	-------------------	------	--------------------------------	------------	-------------------------	--------	-------------	------------

