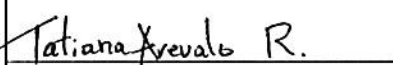


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN				CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6	
DATOS DEL CONTRATISTA							
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/01/2025)							
NOMBRES Y APELLIDOS:		ANGIE TATIANA AREVALO RAMIREZ			CC:		1032443508
CORREO ELECTRÓNICO:		aarevalo08@uan.edu.co			RUT (NIT):		
DIRECCIÓN DOMICILIO:		cra 21 este # 92- 80 sur			TELÉFONO:		3024202633
					CIUDAD:		BOGOTA
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							
Regimen 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		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	0550488434060718
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)							
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)							
N° DEL CONTRATO:	PS 1110 2025	N° CDP:	1	N° RP:	4498	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRÓRROGAS : CUATRO (4)	
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		30/04/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 14,677,632	
PERIODO OBJETO DE COBRO:		DEL 01/01/2025 AL 31/01/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> \$ 3,669,408 </div>					
TRES MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS OCHO PESOS MDA/CTE							
<div style="display: flex;"> <div style="flex: 1;">  </div> <div style="flex: 1; padding-left: 10px;"> ANGIE TATIANA AREVALO RAMIREZ NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA cel: 3024202633 C.C 1032443508 </div> </div>							

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-IA-FI-078 VERSIÓN: 2	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA					
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD					
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES DE APOYO, EN SU CONDICION DE PROFESIONAL DE ENFERMERIA PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1110 2025	FECHA INICIO CONTRATO	1/01/2025		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	14,677,632				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	14,677,632	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3,669,468		
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	1 DE 1	Nº CRP INICIAL:	4498	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	1
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	32280584	OPERADOR:	ASOPAGOS		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	AMBULATORIOS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SAN CENTRO DE SALUD ANTONIO NARIÑO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	(CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN- DIRECTOR AMBULATORIOS				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACION:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):	0	0	
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)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO	X		
Nº DE PÓLIZA:	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:				
FECHA DE LA PÓLIZA	ACTO ADMINISTRATIVO DE				
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?				
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?				
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?				
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?				
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?				
Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/01/2025) AL (31/01/2025)					
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:			
		CARGO: DR CLAUDIA MELO PASTRAN (DIRECTORA DE AMBULATORIOS)			
		NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:			
		PERFIL: EDILSON SANCHEZ (ENLACE OPERATIVO)			

Carlos Martinez



RAZÓN SOCIAL :	ANGIE AREVALO
IDENTIFICACIÓN:	CC-1032443508
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-01-20
FECHA LIMITE DE PAGO:	2025-01-20
FECHA DE PAGO:	2025-01-20
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERIODO PENSIÓN:	2024-12
PERIODO SALUD:	2024-12
NÚMERO PLANILLA:	32280584
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	32280584
TIPO DE PLANILLA:	I

ENTIDAD ENTREGA	RIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
ENTIDAD	600111502	SALUD TOTAL	1	\$ 1.467.764	\$ 0	\$ 0	\$ 1.500	\$ 183.500	\$ 185.000
ENTIDAD	600229739	PROTECCIÓN	1	\$ 1.467.764	\$ 0	\$ 0	\$ 2.000	\$ 234.900	\$ 236.900
ENTIDAD	660011153	POSITIVA	1	\$ 1.467.764	\$ 0	\$ 0	\$ 300	\$ 35.800	\$ 36.100
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 3.800	\$ 454.200	\$ 458.000

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:

05/02/2025

