	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

LUIS MIGUEL GOMEZ DE LA PARRA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1,023,907,133
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN INGENIERIA AMBIENTAL 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 4744 2023		**FECHA INICIO CONTRATO**		27/03/2023
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3,736,488	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	UN (1) MES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 78,569,606		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 1,999,068
N° DE INFORME:	12	**N° CRP:**	11731	**N° CDP:**	626
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	1 AÑO(S) 6 MESES 20 DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	18	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	18	**PRORROGAS**	16	
VALOR ADICIONADO	$ 4,803,009	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1161	**CRP DE LA ADICIÓN:**	19043	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1,890,423	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1520	**CRP DE LA ADICIÓN:**	23019	**TIEMPO PRORROGADO:**	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,672,667	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1715	**CRP DE LA ADICIÓN:**	25507	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 8,387,394	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2106	**CRP DE LA ADICIÓN:**	31520	**TIEMPO PRORROGADO:**	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,019,865	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2800	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38512	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3417	**CRP DE LA ADICIÓN:**	41536	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,050,331	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3850	**CRP DE LA ADICIÓN:**	45583	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,408,882	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4129	**CRP DE LA ADICIÓN:**	51219	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,271,921	**CDP DE LA ADICIÓN:**	211	**CRP DE LA ADICIÓN:**	10990	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 3,346,266	**CDP DE LA ADICIÓN:**	399	**CRP DE LA ADICIÓN:**	15747	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	489	**CRP DE LA ADICIÓN:**	18472	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5,997,204	**CDP DE LA ADICIÓN:**	892	**CRP DE LA ADICIÓN:**	20431	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1322	**CRP DE LA ADICIÓN:**	27168	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1712	**CRP DE LA ADICIÓN:**	31096	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**CRP DE LA ADICIÓN:**	35172	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 5,998,204	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38902	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**CRP DE LA ADICIÓN:**	42226	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**CRP DE LA ADICIÓN:**	44386	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
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: Realizar visitas de IVC a establecimientos 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos fisicos de IVC en archivo central del area VSA
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar visitas de IVC a establecimientos 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos fisicos de IVC en archivo central del area VSA
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: Realizar apoyo administrativo en las actividades referentes a la linea 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos fisicos de IVC en archivo central del area VSA
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: Realizar visitas de IVC a establecimientos 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos fisicos de IVC en archivo central del area VSA
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: Actividades asignadas desde el componente de vigilancia de la salud ambiental 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos fisicos de IVC en archivo central del area VSA
6	1. OBLIGACIÓN: Realizar las visitas de inspección, vigilancia y control, desde su perfil profesional, verificando el cumplimiento de las condiciones higiénicas y sanitarias descritas en la Ley 9 de 1979 y sus normas reglamentarias en los bienes y servicios a establecimientos objeto de la vigilancia Sanitaria y de las diferentes lineas de intervención de la vigilancia de la Salud Ambiental conforme a los lineamientos, anexos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Soportes entregados de acuerdo a las politicas de gestion documental establecidas desde la subred 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos fisicos de IVC en archivo central del area VSA
7	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documenta 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Apropiacion conceptual de lineamientos tecnicos enviados desde nivel central de la SDS y reinduccion direccionadas desde la linea de intervencion 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos fisicos de IVC en archivo central del area VSA
8	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 de formatos con la calidad esperada y reajustes si se requiere el caso 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos fisicos de IVC en archivo central del area VSA

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	80493491	**OPERADOR:**	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	COMPENSAR	17/10/2024	$ 200,000
PENSIÓN:	PORVENIR	17/10/2024	$ 255,900
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	17/10/2024	$ 39,000
OTRO	CCF COMPENSAR	17/10/2024	$ 32,000
	TOTAL PAGADO		**$ 526,900**

VI. 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: LUIS MIGUEL GOMEZ DE LA PARRA
CC: 1,023,907,133
CEL 3195265042

Centro Oriente E.S.E	**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: 31/10/2024			
NOMBRES Y APELLIDOS:	LUIS MIGUEL GOMEZ DE LA PARRA	**CC:**	1,023,907,133
		RUT (NIT):	1023907133-1
CORREO ELECTRÓNICO:	ingsoul123@gmail.com	**TELÉFONO:**	3195265042
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 42A SUR 16B 92 ESTE	**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 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 DAVIVIENDA	**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**N° CUENTA:**	008400720861
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	PS 4744 2023	**N° CDP:**	3525	**N°. RP:**	44386	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :1 AÑO(S) 6 MESES 20 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	27/03/2023	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		15/11/2024		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 78,569,606
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 17/10/2024 AL 31/10/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 1,999,068					
	UN MILLÓN NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL SESENTA Y OCHO PESOS					

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LUIS MIGUEL GOMEZ DE LA PARRA

C.C: **1,023,907,133**

CEL: **3195265042**

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-IA-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	LUIS MIGUEL GOMEZ DE LA PARRA
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1,023,907,133

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN INGENIERIA AMBIENTAL 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 4744 2023		**FECHA INICIO CONTRATO**		27/03/2023
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3,736,488				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 78,569,606		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 1,999,068
N° PAGO / N° DE INFORME:	12	**N° CRP INICIAL:**	11731	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	626
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	1 AÑO(S) 6 MESES 20 DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	80493491		**OPERADOR:**	MI PLANILLA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GSP PSPIC - VSA				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	18	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				18	16
VALOR ADICIONADO	$ 4,803,009	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1161	**RP DE LA ADICIÓN:**	19043	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1,890,423	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1520	**RP DE LA ADICIÓN:**	23019	**TIEMPO PRORROGADO:**	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,672,667	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1715	**RP DE LA ADICIÓN:**	25507	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 8,387,394	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2106	**RP DE LA ADICIÓN:**	31520	**TIEMPO PRORROGADO:**	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,019,865	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2800	**RP DE LA ADICIÓN:**	38512	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3417	**RP DE LA ADICIÓN:**	41536	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,050,331	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3850	**RP DE LA ADICIÓN:**	45583	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,408,882	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4129	**RP DE LA ADICIÓN:**	51219	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,271,921	**CDP DE LA ADICIÓN:**	211	**RP DE LA ADICIÓN:**	10990	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 3,346,266	**CDP DE LA ADICIÓN:**	399	**RP DE LA ADICIÓN:**	15747	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	489	**RP DE LA ADICIÓN:**	18472	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5,997,204	**CDP DE LA ADICIÓN:**	892	**RP DE LA ADICIÓN:**	20431	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1322	**RP DE LA ADICIÓN:**	27168	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1712	**RP DE LA ADICIÓN:**	31096	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**RP DE LA ADICIÓN:**	35172	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 5,998,204	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**RP DE LA ADICIÓN:**	38902	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**RP DE LA ADICIÓN:**	42226	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES

VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**RP DE LA ADICIÓN:**	44386	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
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)

N° 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 17/10/2024 al 31/10/2024

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA CARGO: PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30
	NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: JAVIER RICARDO PEÑUELA PEREZ PERFIL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE GESTION

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1023907133	LUIS MIGUEL GOMEZ DE LA PARRA		CL 42 A SUR N 16 B 92 ESTE	3350254	LUISMIGUELGOMEZ23@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-09	2024-09	I	17/10/2024	80493491	$530.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	200.000	0		0		0	9	1.300	0	201.300	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	255.900	0	0	0	0	9	1.700	0	257.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	39.000				39.000	9	300	39.300			390	39.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	32.000	9	300	32.300	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	9	0	0	0
ICBF				
0	9	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	200.000	201.300
Pensión	1	255.900	257.600
Riesgos Laborales	1	39.000	39.300
CCF	1	32.000	32.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	526.900	530.500

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1023907133	LUIS MIGUEL GOMEZ DE LA PARRA		CL 42 A SUR N 16 B 92 ESTE	3350254	LUISMIGUELGOMEZ23@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-09	2024-09	I	17/10/2024	80493491	$530.500	

TALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colpensia	Suficipe	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1023907133	GOMEZ DE LA PARRA LUIS MIGUEL	59	0			N																	230301	1.599.254	255.900	0	0	0	0	EPS008	1.599.254	200.000	14-7	1.599.254	3	39.000	CCF24	1.599.254	32.000	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Outlook

PSE Transacción Aprobada - CUS 986674759

Desde serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>
Fecha Mié 16/10/2024 9:54 PM
Para LUISMIGUELGOMEZ23@HOTMAIL.COM <LUISMIGUELGOMEZ23@HOTMAIL.COM>



¡Hola, LUIS MIGUEL GOMEZ DE LA PARRA!

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

Estado de la Transacción: **Aprobada**
CUS: 986674759
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transacción: $ 530.500
Fecha de Transacción: 16/10/2024

Ten en cuenta estos tips de seguridad

- Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.
- Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.
- Procura cambiar tus contraseñas bancarias frencuentemente.