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	**DAVID ANDRES SUAREZ GOMEZ**
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.031.159.125
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN ENFERMERIA 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 3834 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:	$ 75.706.001		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 1.781.778
N° DE INFORME:	12	**N° CRP:**	10887	**N° CDP:**	626
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	1 AÑO(S) 5 MESES 19 DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO				
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:	17	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	17	**PRORROGAS**	15	
VALOR ADICIONADO	$ 4.803.009	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1161	**CRP DE LA ADICIÓN:**	18196	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.890.423	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1520	**CRP DE LA ADICIÓN:**	22190	**TIEMPO PRORROGADO:**	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.667	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1715	**CRP DE LA ADICIÓN:**	24698	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 8.387.394	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2106	**CRP DE LA ADICIÓN:**	30712	**TIEMPO PRORROGADO:**	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5.323.605	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2800	**CRP DE LA ADICIÓN:**	37740	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.998.136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3417	**CRP DE LA ADICIÓN:**	40787	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.615.751	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3850	**CRP DE LA ADICIÓN:**	44889	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.408.882	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4129	**CRP DE LA ADICIÓN:**	50504	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4.271.921	**CDP DE LA ADICIÓN:**	211	**CRP DE LA ADICIÓN:**	10278	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 3.346.266	**CDP DE LA ADICIÓN:**	399	**CRP DE LA ADICIÓN:**	15038	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 3.998.136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	489	**CRP DE LA ADICIÓN:**	17787	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5.997.204	**CDP DE LA ADICIÓN:**	892	**CRP DE LA ADICIÓN:**	19750	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5.128.044	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1322	**CRP DE LA ADICIÓN:**	26511	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 4.631.735	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1712	**CRP DE LA ADICIÓN:**	30521	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3.998.136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**CRP DE LA ADICIÓN:**	34611	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 5.998.204	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38355	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.500.000	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**CRP DE LA ADICIÓN:**	41704	**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:**	
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: 1. Lectura y apropiacion de lineamientos. 2. Desarrollar acciones en el entono hogar de acuerdo a el lineamiento establecido de la secretaria de salud y cumplir con los direccionamientos establecidos desde del supervisor del contrato. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 1. Acta de apropiación de lineamientos. 2. Drive cronograma mensual del mes de ejecucion
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Diligenciamiento del cronograma mensualmente en el que se consignan las actividades programadas durante el mes siguiente acordes a las acciones establecidas en el lineamiento 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 1,Drive cronograma virtual de actividades del mes en ejecucion
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: 1.seguimiento a familias con menores de 5 años, familias con gestantes y familias con condiciones cronicos. 2. Caracterizacion social y ambiental y diligenciamiento del aplicativo y formatos de las visitas 3. Participacion en las asistencias tecnicas virtuales realizadas por los referentes de la SDS, apoyos si se requiere 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 1.Diligencianto de aplicativo virtual fichas de contacto inicial formato de firmas. 2.. Listado de asistencia de SDS asistencias presenciales. 3.Diligenciamiento medidas y alertas APGAR Familiar en aplicativo 4,Formato de Canalización
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: Realizacion de visitas de caracterizacion y seguimientos presenciales de las intervenciones 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soporte de plan de cuidado familiar formato de caracterizaciones formato de plan familiar diligenciamiento aplicativo , canalizacion , fichas de notificacion
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: Realizar Apropiación Conceptual de Lineamientos del Entorno Cuidador Hogar 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta de Apropiación Conceptual de Lineamientos.
6	1. OBLIGACIÓN: Desarrollar procesos de asistencia técnica desde los diferentes procesos del Plan de Intervenciones Colectivas conforme a su saber disciplinar y profesional, en función de los requerimientos de los entornos y procesos transversales 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Acudir a las asistencias tecnicas convocadas desde el perfil,Se realizan intervenciones integrales a los usuarios de las localidades asignadas desde el perfil de Enfermeria, por medio de las visitas domiciliarias, en la periodicidad que se indican en los lineamientos del entorno cuidador hogar para los diferentes eventos asignados. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Toma de firma y/o nombre del usuario en el formato de Plan de Cuidado Familiar concertado, acta de asistencia
7	1. OBLIGACIÓN: Realizar revisión y responder por los formatos, documentos, bases o informes generados como resultado de las acciones o intervenciones realizadas en cumplimiento a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza revisión de formatos y registro de las acciones adelantadas en los formatos establecidos, documentos, bases o informes, dando cumplimiento a los productos que se requieren en cumplimiento a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred Centro Oriente 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): informes, actas, y fichas de caracterizacion y seguimiento
8	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: Se realizan articulaciones con las entidades asi como la promocion a la comunidad de las diferentes ofertas institucionales e intersectoriales que requiera la poblacion acorde a su necesidad. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): formato de canalizacion

9	1. OBLIGACIÓN: Activar y notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Reporte de eventos, diligenciamineto de formatos de notificacion 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): formato de notificacion
10	1. OBLIGACIÓN: Participar en las asistencias técnicas convocadas por SDS de acuerdo a los procesos asignados y conforme a las actividades, metas y productos establecidos en los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se participa en las asistencias tecnicas convocadas por la SDS de acuerdo a los procesos asignados y conforme a las actividades, metas y productos establecidos en los anexos y Lineamientos Técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred Centro Oriente. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta y Listado de Asistencia
11	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental.12. 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: Se realiza el archivo de los formatos diligenciados durante el proceso con las familias, teniendo en cuenta los criterios de gestión documental de la Subred Centro Oriente. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos de Caracterización, Tamizajes y Plan Familiar.
12	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: Realizar acciones y actividades requeridas dentro del entorno cuidadot hogar 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): acta de asistencia

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	81067582	**OPERADOR:**	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	SANITAS	18/10/2024	$ 162.500
PENSIÓN:	PORVENIR	18/10/2024	$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	18/10/2024	$ 31.700
OTRO			$ -
	TOTAL PAGADO		**$ 402.200**

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

David Suarez Gomez

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: DAVID ANDRES SUAREZ GOMEZ
CC: 1.031.159.125
CEL 3222432632

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 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:	DAVID ANDRES SUAREZ GOMEZ	**CC:**	1.031.159.125
		RUT (NIT):	1031159125-1
CORREO ELECTRÓNICO:	dsuarez.subredcentrooriente@gmail.com	**TELÉFONO:**	3222432632
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TV 13 H BIS B 49 A 24 SUR	**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				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**N° CUENTA:**	0550488414998192

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

N° DEL CONTRATO:	PS 3834 2023	**N° CDP:**	3170	**N°. RP:**	41704	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :1 AÑO(S) 5 MESES 19 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	27/03/2023	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		15/10/2024		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 75.706.001
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 1/10/2024 AL 15/10/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 1.781.778					
	UN MILLÓN SETECIENTOS OCHENTA Y UN MIL SETECIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS					

David Suarez Gomez

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: DAVID ANDRES SUAREZ GOMEZ
C.C: 1.031.159.125
CEL: 3222432632

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 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	DAVID ANDRES SUAREZ GOMEZ
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.031.159.125

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN ENFERMERIA 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 3834 2023			**FECHA INICIO CONTRATO**	27/03/2023
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.736.488				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 75.706.001			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.781.778
N° PAGO / N° DE INFORME:	12	**N° CRP INICIAL:**	10887	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	626
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	1 AÑO(S) 5 MESES 19 DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	81067582			**OPERADOR:**	MI PLANILLA
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GSP PSPIC - HOGAR				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	17	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				17	15
VALOR ADICIONADO	$ 4.803.009	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1161	**RP DE LA ADICIÓN:**	18196	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.890.423	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1520	**RP DE LA ADICIÓN:**	22190	**TIEMPO PRORROGADO:**	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.667	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1715	**RP DE LA ADICIÓN:**	24698	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 8.387.394	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2106	**RP DE LA ADICIÓN:**	30712	**TIEMPO PRORROGADO:**	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5.323.605	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2800	**RP DE LA ADICIÓN:**	37740	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.998.136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3417	**RP DE LA ADICIÓN:**	40787	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.615.751	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3850	**RP DE LA ADICIÓN:**	44889	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.408.882	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4129	**RP DE LA ADICIÓN:**	50504	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4.271.921	**CDP DE LA ADICIÓN:**	211	**RP DE LA ADICIÓN:**	10278	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 3.346.266	**CDP DE LA ADICIÓN:**	399	**RP DE LA ADICIÓN:**	15038	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 3.998.136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	489	**RP DE LA ADICIÓN:**	17787	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5.997.204	**CDP DE LA ADICIÓN:**	892	**RP DE LA ADICIÓN:**	19750	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5.128.044	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1322	**RP DE LA ADICIÓN:**	26511	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 4.631.735	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1712	**RP DE LA ADICIÓN:**	30521	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3.998.136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**RP DE LA ADICIÓN:**	34611	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 5.998.204	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**RP DE LA ADICIÓN:**	38355	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.500.000	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**RP DE LA ADICIÓN:**	41704	**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:**	
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 1/10/2024 al 15/10/2024

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: SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA 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	1031159125	DAVID ANDRES SUAREZ GOMEZ	TV 13 H BIS B 49A 24 SUR	7144449	dsuarez25@uan.edu.co	
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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-09	2024-09	I	18/10/2024	81067582	$405.500

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	162.500	0		0		0	11	1.300	0	163.800	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	208.000	0	0	0	0	11	1.700	0	209.700	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	31.700				31.700	11	300	32.000			317	32.000	1

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	11	0	0	0
ICBF				
0	11	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	162.500	163.800
Pensión	1	208.000	209.700
Riesgos Laborales	1	31.700	32.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	405.500

PAGADA

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	1031159125	DAVID ANDRES SUAREZ GOMEZ	TV 13 H BIS B 49A 24 SUR	7144449	dsuarez25@uan.edu.co	
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	18/10/2024	81067582	$405.500	

DETALLE POR COTIZANTE

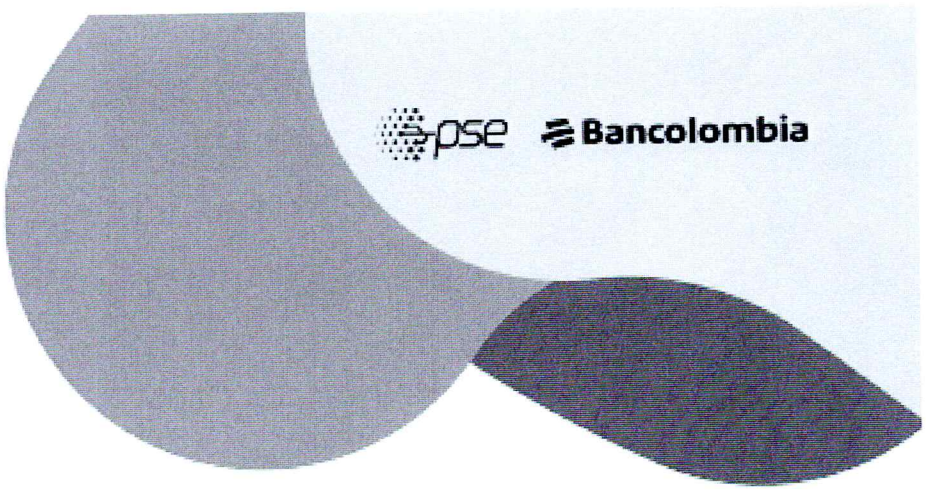
INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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
1	CC	1031159125	SUAREZ GOMEZ DAVID ANDRES	57	0			N																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	3	31.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Comprobante

de pago en línea



COMPENSAR-OI

Pago realizado por: ESPERANZA GOMEZ GARZON

Nro. de recibo: 81067582

Descripción del pago: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Identificación del contribuyente:

Concepto: CC

Razón Social: 1031159125

Fecha y hora de la transacción: Viernes 18 de Octubre de 2024 09:47:48 AM

Nro. de comprobante: 0000024594

Valor pagado: $ 405,500.00

Producto: *******5126

Bancolombia S.A.

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com