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

MAYBETH CORTINA ROMERO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.143.122.527
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 4628 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:	$ 79.603.327			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.999.068
N° DE INFORME:	12	**N° CRP:**	11622	**N° CDP:**	626
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	1 AÑO(S) 6 MESES 20 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:	18	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	18	**PRORROGAS**	16
VALOR ADICIONADO	$ 4.541.361	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1161	**CRP DE LA ADICIÓN:**	18935	**TIEMPO PRORROGADO:** 1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.890.423	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1520	**CRP DE LA ADICIÓN:**	22913	**TIEMPO PRORROGADO:** 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.667	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1715	**CRP DE LA ADICIÓN:**	25407	**TIEMPO PRORROGADO:** 2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 8.387.394	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2106	**CRP DE LA ADICIÓN:**	31421	**TIEMPO PRORROGADO:** 23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4.019.865	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2800	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38418	**TIEMPO PRORROGADO:** 1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.998.136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3417	**CRP DE LA ADICIÓN:**	41446	**TIEMPO PRORROGADO:** 1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.768.754	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3850	**CRP DE LA ADICIÓN:**	45501	**TIEMPO PRORROGADO:** 1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.408.882	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4129	**CRP DE LA ADICIÓN:**	51132	**TIEMPO PRORROGADO:** 2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4.271.921	**CDP DE LA ADICIÓN:**	211	**CRP DE LA ADICIÓN:**	10903	**TIEMPO PRORROGADO:**
VALOR ADICIONADO	$ 3.346.266	**CDP DE LA ADICIÓN:**	399	**CRP DE LA ADICIÓN:**	15661	**TIEMPO PRORROGADO:**
VALOR ADICIONADO	$ 3.998.136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	489	**CRP DE LA ADICIÓN:**	18387	**TIEMPO PRORROGADO:** 1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5.997.204	**CDP DE LA ADICIÓN:**	892	**CRP DE LA ADICIÓN:**	20346	**TIEMPO PRORROGADO:** 1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3.998.136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1322	**CRP DE LA ADICIÓN:**	27087	**TIEMPO PRORROGADO:** 1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 3.998.136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1712	**CRP DE LA ADICIÓN:**	31024	**TIEMPO PRORROGADO:** 30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3.998.136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**CRP DE LA ADICIÓN:**	35103	**TIEMPO PRORROGADO:** 1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 5.998.204	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38837	**TIEMPO PRORROGADO:** 1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5.565.082	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**CRP DE LA ADICIÓN:**	42164	**TIEMPO PRORROGADO:** 1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.008.136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**CRP DE LA ADICIÓN:**	44330	**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: * Se asistio con puntualidad en las acciones y actividades programadas según cronograma durante el mes de Octubre. * Se diligenció formato 2 de control de tamizajes , 1B,accesorias en salud sexual y reproductiva (SSR), en la intervencion para la identificacion del riesgo en salud y asi poder brindarle la educacion pertinente al usuariodurante el mes de Octubre. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Acta donde se refleja la atencion brindada en cada punto de atencion. *Registro fotográfico de las acciones desarrolladas en campo. * 25 Formato SISCO 2, control de tamizajes * 5 formatos 1B * 25 Formatos en accesorias en salud sexual y reproductiva (SSR)
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: *Se elaborò el cronograma de acciones para la realización de actividades para el mes de octubre. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Se logra cumplir con cada uno de los puntos propuestos en el cronograma para el mes de octubre.
3	1. OBLIGACIÓN: Apoyar la prestación deservicios 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: * Se entregaron 25 Formatos 2 e tamizaje para el mes de octubre. * Se entregaron 25 Formatos de accesorias en salud sexual y reproductiva (SSR) para el mes de octubre. * Se entregaron 5 Formatos 1B para el mes de octubre." 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): "* 25 Formatos 2 entrega de resultados de pruebas para ITS. * 25 Formatos Salus Sexual y Reproductiva. * 7 Formatos 1B de registro de entrega de Kits."
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: "* Se logró la asistencia a la reunión de direcciónamiento llevada a cabo para el mes de octubre. * Se logró el incremento de la entrega de jeringas en un 3% para el mes de octubre. *Se logró con oportunidad realizar los seguimientos en casos positivos y reactivos evidenciados para el mes de octubre. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): "* Acta de Direccionamiento para mes de octubre. *Formato 3 de canalización. * Regitros de Formato 1B de entrega de kits de inyección de menos riesgo para el mes de octubre."
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: * Se participó en la reunión de socializaicón del lineamiento para la vigencia , liderada por el Profesional de Apoyo. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Ejecución de actividades direccionadas desde los lineamientos plasmados.
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: * Se participó en la reunión de direccionamiento técnico liderada por el profesional de apoyo para el mes de octubre. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Acta de reunión de direccionamiento.
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 diligenciaron los formatos 2 de entrega de resultados,1Bformato de registros entrega de kits,Acesorias en SSR, Formato 3 de canalización para el mes de octubre . * Se entregaron los formatos generados al profesional de apoyo todos los primeros dias hábiles de cada semana de octubre. * Se realizaron los ajustes correspondientes que se evidenciaron en el proceso de precrítica realizado por GESI. * Se participó en el proceso de Pre auditoría, revisando las carpetas correspondientes al archivo de productos e octubre. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): "* Se entregaron los siguientes formatos debidamente diligenciados: 25 formatos 2: Entrega de resultados para pruebas de ITS. * 25 formaos de asesoria de salud sexual y reproductiva. * 7 formatos 1B de entrega de kits de inyección de menos riesgo. * Formato de entrega de productos de recopilación de información en Terreno por semana en el mes de octubre. "
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 logra remitir al CAPS Samper mendoza para la atencion respectiva de los usuarios con resultado positivo para Sifilis y Recativos para VIH durante el mes de octubre. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): *Seguimiento en formato 3 de canalizaciones.
9	1. OBLIGACIÓN: Activar y notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: *Se diligencia en formato 2 de entrega de resultados para pruebas ITS con los datos del usuario con resultado pertinente al tamizaje realizado para el mes de octubre. *Se realizó el respectivo diligenciamiento de la ficha SIVIGILA para la notificacion de eventos de interes en salud publica para el mes de octubre *Se realizó el proceso de escaneo y soporte de correo con el evento de interes en salud publica evidenciado en terreno para el mes de octubre *Se logró seguimiento correspondiente del caso detectado como evento de interes en salud publica en formato 3 de canalización para el mes ed octubre. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Formato SIVIGILA * Soporte de Correo * Formato 2 de entrega de resultados. * Seguimiento Respectivo en Formato 3 de canalización.
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 logró la participación de la reunión direccionamiento convocada y dirigida por el profesional de apoyo en salud. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Formato Acta.
11	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: * Se logró la organización de la documentacion de archivo generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retencion documental con el paso a paso de: * Identificacion del producto a organizar * Clasificacion de cajas por localidad y año año. * Foliacion de cada uno de los documentos organizados. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Carpetas y cajas organizadas por localidad y año.

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: * Se logró la interacion con la poblacion PID, realizando una jornada de participación colectiva para octubre,donde se hizo entrega de ropa y alimento saludable. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Acta de la sesion colectiva * Registro fotografico

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	80433263	**OPERADOR:**	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	17/10/2024	$ 200.000
PENSIÓN:	PORVENIR	17/10/2024	$ 255.900
RIESGOS LABORALES:	SURA	17/10/2024	$ 39.000
OTRO			$ -
TOTAL PAGADO			**$ 494.900**

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: MAYBETH CORTINA ROMERO
CC: 1.143.122.527
CEL 3135644718

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:	MAYBETH CORTINA ROMERO	**CC:**	1.143.122.527
		RUT (NIT):	1143122527-3
CORREO ELECTRÓNICO:	cortinamay@gmail.com	**TELÉFONO:**	3135644718
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 13 SUR 24 H 78	**CIUDAD:**	BOGOTÁ D.C

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:**	550488408187888

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	PS 4628 2023	**N° CDP:**	3170	**N°. RP:**	42164	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :1 AÑO(S) 6 MESES 20 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	27/03/2023	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		15/10/2024		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 79.603.327
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 1/10/2024 AL 15/10/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 1.999.068					
	UN MILLÓN NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL SESENTA Y OCHO PESOS					

Maybeth Cortina Romero

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MAYBETH CORTINA ROMERO

C.C: **1.143.122.527**
CEL: **3135644718**

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			MAYBETH CORTINA ROMERO			
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.143.122.527			
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 4628 2023		**FECHA INICIO CONTRATO**		27/03/2023
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		$ 3.736.488				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 79.603.327			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 1.999.068
N° PAGO / N° DE INFORME:	12	**Nº CRP INICIAL:**	11622	**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:		80433263		**OPERADOR:**		MI PLANILLA
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		GSP PSPIC - COMUNITARIO				
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:	18	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				18	16
VALOR ADICIONADO	$ 4.541.361	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1161	**RP DE LA ADICIÓN:**	18935	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.890.423	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1520	**RP DE LA ADICIÓN:**	22913	**TIEMPO PRORROGADO:**	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.667	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1715	**RP DE LA ADICIÓN:**	25407	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 8.387.394	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2106	**RP DE LA ADICIÓN:**	31421	**TIEMPO PRORROGADO:**	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4.019.865	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2800	**RP DE LA ADICIÓN:**	38418	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.998.136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3417	**RP DE LA ADICIÓN:**	41446	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.768.754	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3850	**RP DE LA ADICIÓN:**	45501	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.408.882	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4129	**RP DE LA ADICIÓN:**	51132	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4.271.921	**CDP DE LA ADICIÓN:**	211	**RP DE LA ADICIÓN:**	10903	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 3.346.266	**CDP DE LA ADICIÓN:**	399	**RP DE LA ADICIÓN:**	15661	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 3.998.136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	489	**RP DE LA ADICIÓN:**	18387	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5.997.204	**CDP DE LA ADICIÓN:**	892	**RP DE LA ADICIÓN:**	20346	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3.998.136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1322	**RP DE LA ADICIÓN:**	27087	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 3.998.136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1712	**RP DE LA ADICIÓN:**	31024	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3.998.136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**RP DE LA ADICIÓN:**	35103	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 5.998.204	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**RP DE LA ADICIÓN:**	38837	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5.565.082	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**RP DE LA ADICIÓN:**	42164	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.008.136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**RP DE LA ADICIÓN:**	44335	**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 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: CLAUDIA IRENE SEGURA VERA 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	1143122527	MAYBETH CORTINA ROMERO	Cra 90A NO. 8-10 Torre 5 Apto 319	4630784	cortinamay@gmail.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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-09	2024-09	I	17/10/2024	80433263	$498.600	

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	200.000	0		0		0	10	1.500	0	201.500	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	10	1.900	0	257.800	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	39.000				39.000	10	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

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	10	0	0	0
ICBF				
0	10	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	201.500
Pensión	1	255.900	257.800
Riesgos Laborales	1	39.000	39.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	494.900	498.600

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	1143122527	MAYBETH CORTINA ROMERO	Cra 90A NO. 8-10 Torre 5 Apto 319	4630784	cortinamay@gmail.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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-09	2024-09	I	17/10/2024	80433263	$498.600

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	1143122527	CORTINA ROMERO MAYBETH	59	0			N																	230301	1.599.254	255.900	0	0	0	0	EPS005	1.599.254	200.000	14-11	1.599.254	3	39.000		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

← **Comprobante**

Movimiento hecho en:

Nequi

Número de referencia

M14653956

Pago realizado

Pago en

Compensar-oi

¿Cuánto?

$ 498.600,00

Fecha

16 de octubre de 2024 a las 09:28 p. m.

¿Preguntas? Ve al menú Movimientos en la app Nequi y reporta un problema.