SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN 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

WENDY JOHANNA MARTINEZ PACHECO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.147.688.106
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO EN SANEAMIENTO 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 4808 2023		**FECHA INICIO CONTRATO**		27/03/2023
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.443.152	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	UN (1) MES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 52.692.142		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 2.614.088
Nº DE INFORME:	14	**Nº CRP:**	11789	**Nº CDP:**	626
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	1 AÑO 8 MESES 4 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

Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	19	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	19	**PRORROGAS**	17	
VALOR ADICIONADO	$ 3.140.199	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1161	**CRP DE LA ADICIÓN:**	19100	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.236.009	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1520	**CRP DE LA ADICIÓN:**	23074	**TIEMPO PRORROGADO:**	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 1.747.461	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1715	**CRP DE LA ADICIÓN:**	25562	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 5.483.902	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2106	**CRP DE LA ADICIÓN:**	31574	**TIEMPO PRORROGADO:**	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.628.295	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2800	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38563	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.614.088	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3417	**CRP DE LA ADICIÓN:**	41584	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.004.773	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3850	**CRP DE LA ADICIÓN:**	45628	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.578.453	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4129	**CRP DE LA ADICIÓN:**	51266	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.793.096	**CDP DE LA ADICIÓN:**	211	**CRP DE LA ADICIÓN:**	11037	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 2.187.878	**CDP DE LA ADICIÓN:**	399	**CRP DE LA ADICIÓN:**	15794	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 2.614.088	**CDP DE LA ADICIÓN:**	489	**CRP DE LA ADICIÓN:**	18518	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.921.132	**CDP DE LA ADICIÓN:**	892	**CRP DE LA ADICIÓN:**	20477	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.614.088	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1322	**CRP DE LA ADICIÓN:**	27213	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 2.614.088	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1712	**CRP DE LA ADICIÓN:**	31138	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.614.088	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**CRP DE LA ADICIÓN:**	35213	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 3.922.132	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38941	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.614.088	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**CRP DE LA ADICIÓN:**	42265	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.614.088	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**CRP DE LA ADICIÓN:**	44420	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.307.044	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3954	**CRP DE LA ADICIÓN:**	48 403	**TIEMPO PRORROGADO:**	16 DIAS
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
Nº 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 realizaron visitas de inspección, vigilancia y control de perfil tecnico en las localidades asiganadas. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos fisicos de IVC en archivo central del área VSA y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA DC para el mes certificado.
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Las actividades desarrolladas se programan de acuerdo al censo establecido y direccionado por la secretaria Distrital de Salud, alimentado de manera diaria y de acuerdo a lo establecido por el lider. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Censo establecido y direccionado por Secretaria Distrital de Salud.
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: Se presentaron las actas y formatos diligenciados correspondientes al mes. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato fisicos de IVC en archivo central del área VSA y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA DC para el mes certificado.
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: "Apropiación conceptual de los lineamientos tecnicos enviados desde el nivel central de la SDS y reinduciones direccionadas desde la linea de intervencion." 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato fisicos de IVC en archivo central del área VSA y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA DC para el mes certificado.
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: Apropiación conceptual de los lineamientos tecnicos enviados desde el nivel central de la SDS y reinduciones direccionadas desde la linea de intervencion. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta en poder del lider de la linea de alimento sanos y seguros.
6	1. OBLIGACIÓN: Realizar las visitas de inspección, vigilancia y control, desde su perfil, 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 líneas 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: Se realizan visitas de IVC a: 11 Panaderias, cafeterias, fruterias, 10 Expendios de Licores, 17 Expendios minoristas, 8 Establecimientos terminados, 1 vehiculos transportadores de carne, 3 Operativos de alimentos, 4 supermercados intermedios, 1 Operativo de carnes. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato fisicos de IVC en archivo central del área VSA y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA DC para el mes certificado.
7	1. OBLIGACIÓN: "Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental" 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Soportes entregados de acuerdo a las politicas de gestión documental establecidos desde la Subred 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato fisicos de IVC en archivo central del área VSA y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA DC para el mes certificado.
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: Actividades asignadas desde el componente de vigilancia de la salud ambiental 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato fisicos de IVC en archivo central del área VSA y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA DC para el mes certificado.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	81814324	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	CAPITAL SALUD	18/11/2024	$ 162.500
PENSIÓN:	PROTECCION	18/11/2024	$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	18/11/2024	$ 31.700
OTRO	CCF COMPENSAR	18/11/2024	$ 26.000
	TOTAL PAGADO		**$ 428.200**

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 calculó 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 afiliación a EPS, ARL, Pensión, 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

Wendy Johanna Martinez Pacheco

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: WENDY JOHANNA MARTINEZ PACHECO
CC: 1.147.688.106
CEL 3213818496

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: 30/11/2024

NOMBRES Y APELLIDOS:	WENDY JOHANNA MARTINEZ PACHECO	**CC:**	1.147.688.106
		RUT (NIT):	1147688106-1
CORREO ELECTRÓNICO:	wmartinezpacheco787@gmail.com	**TELÉFONO:**	3213818496
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 10 ESTE 80 20 SUR	**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:	BANCO CAJA SOCIAL				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**Nº CUENTA:**	24105245038

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

Nº DEL CONTRATO:	PS 4808 2023	**Nº CDP:**	3525-3954	**Nº. RP:**	44420 98403	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: 1 AÑO 8 MESES 4 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	27/03/2023	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		1/12/2024		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 52.692.142

PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL	1/11/2024	AL	30/11/2024	
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 2.614.088				
	DOS MILLONES SEISCIENTOS CATORCE MIL OCHENTA Y OCHO PESOS				

Wendy Johanna Martinez Pacheco

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: WENDY JOHANNA MARTINEZ PACHECO

CC: **1.147.688.106**
CEL: **3213818496**

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	WENDY JOHANNA MARTINEZ PACHECO
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.147.688.106

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO EN SANEAMIENTO 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 4808 2023			**FECHA INICIO CONTRATO**	27/03/2023
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.443.152				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 52.692.142			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.614.088
N° PAGO / N° DE INFORME:	14 de 14	**N° CRP INICIAL:**	11789	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	626
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	1 AÑO 8 MESES 4 DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	81814324	**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:	19	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICIÓN (19)	PRÓRROGA (17)
VALOR ADICIONADO	$ 3.140.199	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1161	**RP DE LA ADICIÓN:**	19100	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.236.009	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1520	**RP DE LA ADICIÓN:**	23074	**TIEMPO PRORROGADO:**	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 1.747.461	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1715	**RP DE LA ADICIÓN:**	25562	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 5.483.902	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2106	**RP DE LA ADICIÓN:**	31574	**TIEMPO PRORROGADO:**	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.628.295	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2800	**RP DE LA ADICIÓN:**	38563	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.614.088	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3417	**RP DE LA ADICIÓN:**	41584	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.004.773	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3850	**RP DE LA ADICIÓN:**	45628	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.578.453	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4129	**RP DE LA ADICIÓN:**	51266	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.793.096	**CDP DE LA ADICIÓN:**	211	**RP DE LA ADICIÓN:**	11037	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 2.187.878	**CDP DE LA ADICIÓN:**	399	**RP DE LA ADICIÓN:**	15794	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 2.614.088	**CDP DE LA ADICIÓN:**	489	**RP DE LA ADICIÓN:**	18518	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.921.132	**CDP DE LA ADICIÓN:**	892	**RP DE LA ADICIÓN:**	20477	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.614.088	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1322	**RP DE LA ADICIÓN:**	27213	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 2.614.088	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1712	**RP DE LA ADICIÓN:**	31138	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.614.088	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**RP DE LA ADICIÓN:**	35213	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA

VALOR ADICIONADO	$ 3.922.132	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**RP DE LA ADICIÓN:**	38941	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.614.088	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**RP DE LA ADICIÓN:**	42265	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.614.088	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**RP DE LA ADICIÓN:**	44420	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.307.044	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3954	**RP DE LA ADICIÓN:**	48903	**TIEMPO PRORROGADO:**	16 DIAS
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)

Nº 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 1/11/2024 al 30/11/2024

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	1147688106	WENDY JOHANNA MARTINEZ PACHECO	KR 10 ESTE 80 20 SUR	0000000	wmartinezpacheco787@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	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2024-10	2024-10	I	18/11/2024	81814324	TOTAL A PAGAR	
					$432.300	

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					
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	162.500	0		0		0	13	1.500	0	164.000	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	208.000	0	0	0	0	13	2.000	0	210.000	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	13	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
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	26.000	13	300	26.300	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	13	0	0	0
ICBF				
0	13	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	164.000
Pensión	1	208.000	210.000
Riesgos Laborales	1	31.700	32.000
CCF	1	26.000	26.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	428.200	432.300

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	1147688106	WENDY JOHANNA MARTINEZ PACHECO		KR 10 ESTE 80 20 SUR	0000000	wmartinezpacheco787@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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-10	I	18/11/2024	81814324	$432.300	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. residente	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	1147688106	MARTINEZ PACHECO WENDY JOHANNA	59	0			N																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPSC34	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	3	31.700	CCF24	1.300.000	26.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

UNA EMPRESA DE
FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

Banco Caja Social
Su banco amigo.

Bogotá D. C., 18-11-2024

Señor(a)
WENDY JOHANNA MARTINEZ PACHECO
wmartinezpacheco6@gmail.com

Asunto: Certificación de pago en canal PSE

Respetado (a) señor (a) WENDY JOHANNA MARTINEZ PACHECO

Reciba un cordial saludo del Banco Caja Social. Como el Banco Amigo que somos, nos interesa poder aclarar sus inquietudes, por lo tanto, en respuesta a su comunicación de fecha 18-11-2024, mediante la cual requiere información sobre la compra o pago que realizó a través de PSE (Pago Seguro en Línea) el 16-11-2024, le informamos que ésta fue aplicada de forma exitosa y por tal motivo no hay lugar a reintegro. Para efectos de certificar la transacción relacionamos los siguientes datos:

Canal de pago: PSE
Fecha: 16-11-2024
Valor: $432300
No CUS: 1054588016
Empresa: COMPENSAR-OI

Por lo anterior, respetuosamente sugerimos verificar con el establecimiento de comercio mencionado ya que en nuestros sistemas de información la transacción cursó de manera satisfactoria sin presentar fallas en su operación.

Esperamos de esta manera haber aclarado el objeto de su reclamación y reiteramos nuestra voluntad de servicio. Si tiene alguna inquietud, puede comunicarse con nosotros a la Línea Amiga marcando (601) 542 6446 en Bogotá, a la línea nacional gratuita 01 8000 910 038 desde el resto del país o al #233 desde su celular. Si lo desea, también puede contactarnos en nuestra página www.bancocajasocial.com en la opción contáctenos que encontrará en la parte inferior de la página principal.

Cordialmente,

GLORIA VALLEJO OSORIO
Gerente Servicio a Clientes

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA | Banco Caja Social DE COLOMBIA