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

ANGELA MARCELA RINCON BAQUERO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.018.446.218
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 4672 2023			**FECHA INICIO CONTRATO**	27/03/2023
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.311.304	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	UN (1) MES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 90.647.594			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.306.532
N° DE INFORME:	12	**N° CRP:**	11663	**N° CDP:**	626
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	1 AÑO(S) 6 MESES 20 DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2LV HOSPITAL LA VICTORIA				
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	$ 5.541.599	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1161	**CRP DE LA ADICIÓN:**	18976	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.181.177	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1520	**CRP DE LA ADICIÓN:**	22952	**TIEMPO PRORROGADO:**	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3.083.733	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1715	**CRP DE LA ADICIÓN:**	25444	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 9.677.406	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2106	**CRP DE LA ADICIÓN:**	31458	**TIEMPO PRORROGADO:**	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4.638.135	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2800	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38455	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.613.064	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3417	**CRP DE LA ADICIÓN:**	41482	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.514.869	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3850	**CRP DE LA ADICIÓN:**	45531	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.777.838	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4129	**CRP DE LA ADICIÓN:**	51166	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4.928.959	**CDP DE LA ADICIÓN:**	211	**CRP DE LA ADICIÓN:**	10937	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 3.860.934	**CDP DE LA ADICIÓN:**	399	**CRP DE LA ADICIÓN:**	15694	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 4.613.064	**CDP DE LA ADICIÓN:**	489	**CRP DE LA ADICIÓN:**	18421	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 6.919.596	**CDP DE LA ADICIÓN:**	892	**CRP DE LA ADICIÓN:**	20380	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4.613.064	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1322	**CRP DE LA ADICIÓN:**	27120	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 4.613.064	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1712	**CRP DE LA ADICIÓN:**	31049	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4.613.064	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**CRP DE LA ADICIÓN:**	35126	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 6.920.596	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38859	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4.613.064	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**CRP DE LA ADICIÓN:**	42186	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.613.064	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**CRP DE LA ADICIÓN:**		**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: Actas de gestión de las actividades a desarrollar con respecto a losn lineamientos de Salud Sexual y Reproductiva y Salud Materno Infantil 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Medio magnetico
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar las actividades acordadas según cronograma 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Medio magnetico
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: Actas de gestión de las actividades a desarrollar con respecto a losn lineamientos de Salud Sexual y Reproductiva y Salud Materno Infantil 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Medio magnetico
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: N/A 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): N/A
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 léctura permanente de los lineamientos técnicos dispuestos desde la SDS 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Medio magnetico
6	1. OBLIGACIÓN: Desarrollar procesos de asistencia técnica desde los diferentes procesos del Plan de Intervenciones Colectivas conforme a su deber disciplinar y profesional, en función de los requerimientosn de los entornos y procesos transversales 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar asistencias técnicas a las IPS y a los entornos sobre diferentes temas en SSR, relacionados a las acciones desarrolladas por cada uno de estos conforme a los lineamientos y necesidades referidas
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: Revisión de bases e informes remitidos desde los entornos frente a las acciones desarroladas con respecto a la entrega de preservativos, realización de pruebas rápidas de vih, sifilis y hepatitis b y canalización de casos priorizados
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: Según requerimiento de los equipos territoriales y/o procesos transversales 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Medio magnetico
9	1. OBLIGACIÓN: Activar y notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Reuniones de gestión en población materna con eventos de interés en salud pública 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Medio magnetico
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: Reuniones convocadas desde nivel central por SDS y reuniones propias de la subred relacionadas a Salud Sexual y Reproductiva y Salud Materno Infantil 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Medio magnetico
11	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Carpeta con archivos de documentación de actividades realizadas 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Medio magnetico

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	80179917	**OPERADOR:**	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	9/10/2024	$ 235.600
PENSIÓN:	COLPENSIONES	9/10/2024	$ 301.600
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	9/10/2024	$ 46.000
OTRO	CCF COMPENSAR	9/10/2024	$ 11.400
	TOTAL PAGADO		$ **594.600**

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

Angela M. Rincon B

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ANGELA MARCELA RINCON BAQUERO
CC: 1.018.446.218
CEL 3244883620

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:	ANGELA MARCELA RINCON BAQUERO	**CC:**	1.018.446.218
		RUT (NIT):	1018446218-1
CORREO ELECTRÓNICO:	infanciacentrooriente2022@gmail.com	**TELÉFONO:**	3244883620
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TV 4 43-39 APTO 902	**CIUDAD:**	BOGOTA 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	**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**Nº CUENTA:**	457070133378
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)						
Nº DEL CONTRATO:	PS 4672 2023	**Nº CDP:**	3525	**Nº. RP:**	44349	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: $ 90.647.594
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 17/10/2024 AL 31/10/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 2.306.532					
	DOS MILLONES TRESCIENTOS SEIS MIL QUINIENTOS TREINTA Y DOS PESOS					

Angela M. Rincón B.

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ANGELA MARCELA RINCON BAQUERO

C.C: **1.018.446.218**
CEL: **3244883620**

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	ANGELA MARCELA RINCON BAQUERO				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.018.446.218				
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 4672 2023		**FECHA INICIO CONTRATO**	27/03/2023	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.311.304				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 90.647.594		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.306.532	
N° PAGO / N° DE INFORME:	12	**N° CRP INICIAL:** 11663	**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:	80179917		**OPERADOR:**	MI PLANILLA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GSP PSPIC - GPAISP				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2LV HOSPITAL LA VICTORIA				
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	$ 5.541.599	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1161	**RP DE LA ADICIÓN:**	18976	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.181.177	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1520	**RP DE LA ADICIÓN:**	22952	**TIEMPO PRORROGADO:**	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3.083.733	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1715	**RP DE LA ADICIÓN:**	25444	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 9.677.406	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2106	**RP DE LA ADICIÓN:**	31458	**TIEMPO PRORROGADO:**	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4.638.135	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2800	**RP DE LA ADICIÓN:**	38455	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.613.064	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3417	**RP DE LA ADICIÓN:**	41482	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.514.869	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3850	**RP DE LA ADICIÓN:**	45531	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.777.838	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4129	**RP DE LA ADICIÓN:**	51166	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4.928.959	**CDP DE LA ADICIÓN:**	211	**RP DE LA ADICIÓN:**	10937	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 3.860.934	**CDP DE LA ADICIÓN:**	399	**RP DE LA ADICIÓN:**	15694	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 4.613.064	**CDP DE LA ADICIÓN:**	489	**RP DE LA ADICIÓN:**	18421	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 6.919.596	**CDP DE LA ADICIÓN:**	892	**RP DE LA ADICIÓN:**	20380	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4.613.064	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1322	**RP DE LA ADICIÓN:**	27120	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 4.613.064	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1712	**RP DE LA ADICIÓN:**	31049	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4.613.064	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**RP DE LA ADICIÓN:**	35126	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 6.920.596	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**RP DE LA ADICIÓN:**	38859	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4.613.064	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**RP DE LA ADICIÓN:**	42186	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES

VALOR ADICIONADO	$ 4.613.064	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**RP DE LA ADICIÓN:**	44349	**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:
LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ
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	1018446218	ANGELA MARCELA RINCON BAQUERO	Transversal 4 # 43-39 Edificio Bernina Apto [illegible]	3244883620	ANGELAM1501@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	09/10/2024	80179917	$596.900	

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	235.600	0		0		0	5	900	0	236.500	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	301.600	0	0	0	0	5	1.100	0	302.700	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	46.000				46.000	5	200	46.200			460	46.200	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	11.400	5	100	11.500	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	5	0	0	0
ICBF				
0	5	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	235.600	236.500
Pensión	1	301.600	302.700
Riesgos Laborales	1	46.000	46.200
CCF	1	11.400	11.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	594.600	596.900

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	1018446218	ANGELA MARCELA RINCON BAQUERO	Transversal 4 # 43-39 Edificio Bernina Apto 202	3244883620	ANGELAM1501@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	09/10/2024	80179917	$596.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
lo.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	IRO	IRET	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	1018446218	RINCON BAQUERO ANGELA MARCELA	59	0			N																	25-14	1.884.440	301.600	0	0	0	0	EPS005	1.884.440	235.600	14-23	1.884.440	3	46.000	CCF24	1.884.440	11.400	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
969729908

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
09/10/2024

Número de aprobación
00729908

Dirección IP
186.31.187.218

Valor transacción
$ 596.900,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
	CC	1018446218

Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017

DAVIVIENDA