	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					
JHONATAN SANDOVAL ALAPE					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1,016,026,088				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO EN SALUD OCUPACIONAL 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 3687 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:	$ 59,367,913	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 2,614,088		
N° DE INFORME:	21	N° CRP:	10747	N° CDP:	626
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	1 AÑO 8 MESES 4 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:	19	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	19	PRORROGAS	17	
VALOR ADICIONADO	$ 3,140,199	CDP DE LA ADICIÓN:	1161	CRP DE LA ADICIÓN:	18056	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1,236,009	CDP DE LA ADICIÓN:	1520	CRP DE LA ADICIÓN:	22052	TIEMPO PRORROGADO:	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 1,747,461	CDP DE LA ADICIÓN:	1715	CRP DE LA ADICIÓN:	24563	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 5,483,902	CDP DE LA ADICIÓN:	2106	CRP DE LA ADICIÓN:	30576	TIEMPO PRORROGADO:	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,628,295	CDP DE LA ADICIÓN:	2800	CRP DE LA ADICIÓN:	37606	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,614,088	CDP DE LA ADICIÓN:	3417	CRP DE LA ADICIÓN:	40655	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,004,773	CDP DE LA ADICIÓN:	3850	CRP DE LA ADICIÓN:	44768	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,628,405	CDP DE LA ADICIÓN:	4129	CRP DE LA ADICIÓN:	50377	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,486,398	CDP DE LA ADICIÓN:	211	CRP DE LA ADICIÓN:	10152	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ 3,068,712	CDP DE LA ADICIÓN:	399	CRP DE LA ADICIÓN:	14911	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ 3,494,922	CDP DE LA ADICIÓN:	489	CRP DE LA ADICIÓN:	17662	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4,347,342	CDP DE LA ADICIÓN:	892	CRP DE LA ADICIÓN:	19627	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,614,088	CDP DE LA ADICIÓN:	1322	CRP DE LA ADICIÓN:	26391	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 2,933,470	CDP DE LA ADICIÓN:	1712	CRP DE LA ADICIÓN:	30422	TIEMPO PRORROGADO:	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,462,368	CDP DE LA ADICIÓN:	2248	CRP DE LA ADICIÓN:	34515	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 3,922,132	CDP DE LA ADICIÓN:	2562	CRP DE LA ADICIÓN:	38260	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,614,088	CDP DE LA ADICIÓN:	3170	CRP DE LA ADICIÓN:	41612	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES

VALOR ADICIONADO	$ 2,969,263	CDP DE LA ADICIÓN:	3525	CRP DE LA ADICIÓN:	43877	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,528,846	CDP DE LA ADICIÓN:	3954	CRP DE LA ADICIÓN:	47892	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	
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 POS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizan caracterizaciones de niños ,niñas para la Identificación de las condiciones de salud y trabajo para la concertacion,se caracteriza UTIS de alto impacto, UTIS mediano impacto UTIS de bajo impacto, para identificacion de las condiciones de salud y trabajo de la concertacion del plan de UTI con trabajadores informales, asesorías de promoción del cuidado de la salud en UTI de mediano impacto y asesorias de seguimiento a la continuidad, todos los productos en la localidad de Rafael Uribe Uribe 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de caracterización de niños,niñas y adolecentes y utis
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se actualiza el Cronograma mensual 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Entregar el cronograma magnético al Drive: https://docs.google.com/spreadsheets/d/1c EjnF24js9Zyamt5XDsolq3A5kO8-Eo/edit?usp=sharing&ouid=110670999296
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: Entrega de soportes con calidad y oportunidad 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de caracterización de niños,niñas y adolecentes y UTIS.
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: Promoción del auto cuidado y gestión del riesgo en salud en UTI mediano , bajo y alto impacto con trabajadores de la economía informal 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de UTIS de mediano impacto con asesorias de promocion del cuidado de la salud gestion del riesgo con trabajadores de la economia informal
5	1. OBLIGACIÓN: Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos tecnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Lectuta y apropiacion de los lineaminetos,revision de de caja de herramientas fichas tecnicas y formatos para su correcta ejecucion 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta debidamente diligenciada y firmada
6	1. OBLIGACIÓN: Identificar y caracterizar la población trabajadora informal conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre la subred con el Fondo Financiero-SDS. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Caracterizar las condiciones de salud y trabajo para la concertación del plan de trabajo en UTI de mediano, bajo y alto impacto y NNA con trabajadores de la economia informal 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de caracterizacion de las condiciones de salud y trabajo para la concertacion de los planes en UTIS con trabajadores de la economia informal y caracterizacion de NNA
7	1. OBLIGACIÓN: Activar y notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Activacion de ruta, canalizacion sectorial e intersectorial , agendamientos , reporte oportuno de ATEL. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Se envia magnético al correo: apoyolaboralsubredcentrooriente.gov.co, retroalimentacion base sivistra
8	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la norrnatividad y tabla de retención documenta 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar la gestion documental mensual de los diferentes productos 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta debidamente diligenciada y firmada

9	1. OBLIGACIÓN: Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas parle supervisión Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Cumplimiento a actividades indicadas por el supervisor del contrato 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de acta estipulado por la entidad donde se participa

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	81385987	**OPERADOR:**	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	18/11/2024	$ 162,500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	18/11/2024	$ 208,000
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	18/11/2024	$ 31,700
OTRO	CCF COMPENSAR	18/11/2024	$ 26,000
TOTAL PAGADO			**$ 428,200**

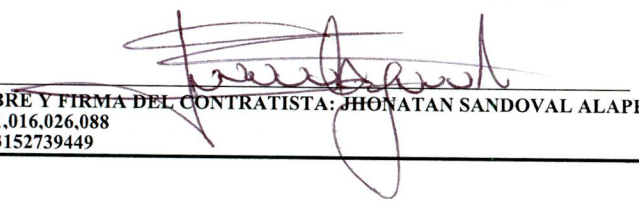
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

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



NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JHONATAN SANDOVAL ALAPE
CC: 1,016,026,088
CEL 3152739449

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:	JHONATAN SANDOVAL ALAPE	**CC:**	1,016,026,088
		RUT (NIT):	1016026088-1
CORREO ELECTRÓNICO:	sandovaljhonatan164@gmail.com	**TELÉFONO:**	3152739449
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 41 9 93	**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 DAVIVIENDA	**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**N° CUENTA:**	008400769298
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	PS 3687 2023	**N° CDP:**	3525-3954	**N°. RP:**	43877-47892	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: $ 59,367,913
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					

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JHONATAN SANDOVAL ALAPE
CC: 1,016,026,088
CEL: 3152739449

Secretaría Distrital 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	JHONATAN SANDOVAL ALAPE
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1,016,026,088

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO EN SALUD OCUPACIONAL 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 3687 2023			FECHA INICIO CONTRATO	27/03/2023
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2,443,152				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 59,367,913			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 2,614,088
N° PAGO / N° DE INFORME:	21 de 21	N° CRP INICIAL:	10747	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:	81385987			OPERADOR:	MI PLANILLA
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GSP PSPIC - LABORAL				
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:	19	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICIÓN (19)	PRÓRROGA (17)
VALOR ADICIONADO	$ 3,140,199	CDP DE LA ADICIÓN:	1161	RP DE LA ADICIÓN:	18056	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1,236,009	CDP DE LA ADICIÓN:	1520	RP DE LA ADICIÓN:	22052	TIEMPO PRORROGADO:	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 1,747,461	CDP DE LA ADICIÓN:	1715	RP DE LA ADICIÓN:	24563	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 5,483,902	CDP DE LA ADICIÓN:	2106	RP DE LA ADICIÓN:	30576	TIEMPO PRORROGADO:	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,628,295	CDP DE LA ADICIÓN:	2800	RP DE LA ADICIÓN:	37606	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,614,088	CDP DE LA ADICIÓN:	3417	RP DE LA ADICIÓN:	40655	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,004,773	CDP DE LA ADICIÓN:	3850	RP DE LA ADICIÓN:	44768	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,628,405	CDP DE LA ADICIÓN:	4129	RP DE LA ADICIÓN:	50377	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,486,398	CDP DE LA ADICIÓN:	211	RP DE LA ADICIÓN:	10152	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ 3,068,712	CDP DE LA ADICIÓN:	399	RP DE LA ADICIÓN:	14911	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ 3,494,922	CDP DE LA ADICIÓN:	489	RP DE LA ADICIÓN:	17662	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4,347,342	CDP DE LA ADICIÓN:	892	RP DE LA ADICIÓN:	19627	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,614,088	CDP DE LA ADICIÓN:	1322	RP DE LA ADICIÓN:	26391	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 2,933,470	CDP DE LA ADICIÓN:	1712	RP DE LA ADICIÓN:	30422	TIEMPO PRORROGADO:	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,462,368	CDP DE LA ADICIÓN:	2248	RP DE LA ADICIÓN:	34515	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 1 DIA

VALOR ADICIONADO	$ 3,922,132	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**RP DE LA ADICIÓN:**	38260	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,614,088	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**RP DE LA ADICIÓN:**	41612	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,969,263	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**RP DE LA ADICIÓN:**	43877	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,528,846	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3954	**RP DE LA ADICIÓN:**	47892	**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)

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 1/11/2024 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:
JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN
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	1016026088	JHONATAN SANDOVAL ALAPE	TV 13 1A 51	7796860	yurygil@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

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	
2024-10	2024-10	I	18/11/2024	81385987	$428,200	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	162,500	0		0		0	0	0	0	162,500	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	208,000	0	0	0	0	0	0		208,000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	31,700				31,700	0	0	31,700			317	31,700	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	0	0	26,000	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	162,500
Pensión	1	208,000	208,000
Riesgos Laborales	1	31,700	31,700
CCF	1	26,000	26,000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	428,200	428,200

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	1016026088	JHONATAN SANDOVAL ALAPE	TV 13 1A 51	7796860	yurygil@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

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	81385987	$428.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Suscripo	Extranjero	Cólom. exterior	Excerntado	NG	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	1016026088	SANDOVAL ALAPE JHONATAN	59	0			N																	25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS017	1.300.000	162.500	14-7	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

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
1056992884

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
17/11/2024

Número de aprobación
00992884

Dirección IP
191.89.196.88

Valor transacción
$ 428.200,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
	CC	1016026088

Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017.

DAVIVIENDA