	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 ROCIO ARCINIEGAS GOMEZ					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	52,281,961				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO FISIOTERAPEUTA ESPECIALISTA 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 3743 2023	**FECHA INICIO CONTRATO**	27/03/2023		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5,460,936	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	UN (1) MES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 121,576,796	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 5,843,288		
N° DE INFORME:	13	**N° CRP:**	10802	**N° 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

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	19	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	19	**PRORROGAS**	17	
VALOR ADICIONADO	$ 6,987,808	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1161	**CRP DE LA ADICIÓN:**	18111	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,762,859	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1520	**CRP DE LA ADICIÓN:**	22105	**TIEMPO PRORROGADO:**	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5,144,634	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1715	**CRP DE LA ADICIÓN:**	24614	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 14,957,547	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2106	**CRP DE LA ADICIÓN:**	30627	**TIEMPO PRORROGADO:**	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5,875,045	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2800	**CRP DE LA ADICIÓN:**	37656	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5,843,288	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3417	**CRP DE LA ADICIÓN:**	40705	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4,444,223	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3850	**CRP DE LA ADICIÓN:**	44813	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,525,973	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4129	**CRP DE LA ADICIÓN:**	50426	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 6,243,426	**CDP DE LA ADICIÓN:**	211	**CRP DE LA ADICIÓN:**	10201	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 4,890,578	**CDP DE LA ADICIÓN:**	399	**CRP DE LA ADICIÓN:**	14960	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 3,715,569	**CDP DE LA ADICIÓN:**	489	**CRP DE LA ADICIÓN:**	17711	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 10,820,894	**CDP DE LA ADICIÓN:**	892	**CRP DE LA ADICIÓN:**	19676	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5,843,288	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1322	**CRP DE LA ADICIÓN:**	26440	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 5,843,288	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1712	**CRP DE LA ADICIÓN:**	30461	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5,843,288	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**CRP DE LA ADICIÓN:**	34553	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 8,765,932	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38298	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5,843,288	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**CRP DE LA ADICIÓN:**	41647	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5,843,288	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**CRP DE LA ADICIÓN:**	43912	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,921,644	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3954	**CRP DE LA ADICIÓN:**	47926	**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: 1. 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: Apropiación conceptual del anexo 1.3 Revisión y acompañamiento al equipo local matriz de seguimiento a la gestión de politicas.30/11, Alistamiento de espacio sectorial local (8/11) Revisión, consolidación y envío de Anexo 1 (Agenda Integrada, Matriz de compromisos, Consolidado de compromisos, Matriz de Seguimiento a Politicas) 15/11 y 30/11 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas y listados de asistencia, Anexo 1.
2	1. OBLIGACIÓN: 2. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: 1. Elaboración y actualización del cronograma personal del mes correspondiente 2. Revisión y actualización del cronograma de los Subprocesos (instancias y espacios de Politicas) 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Cronograma en el DRIVE del correo institucional Cronograma personal en Drive
3	1. OBLIGACIÓN: 3. Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes que se solicite conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: 1.Se realizo un trabajo con el equipo local frente a la revisiòn operativa de los nuevos lineamientos para la vigencia, . 2.Gestión intersectorial y activaciones de ruta a nivel intersectorial incluyendo la población migrante internacional 3.Se participa desde el comite de derechos humanos en planeaciòn de jornadas de sensibilización segùn plan de la instacnias, de igual forma contrinuir en la respuesta de requerimientos de las instancias de participaciòn como la mesa de victimas y la UAT. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Archivo excel Anexo 1
4	1. OBLIGACIÓN: 4. 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: 1. Revisión de soportes Agosto, septiembre y octubre para alistamiento al seguimiento retrospectivo de SDS 2. Revisión de los conceptos del Anexo 1 en Drive distrital 3: Seguimiento quincenal al equipo local con el instrumento definido por el subproceso de politicas 18/11 y 26/11 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Drive Excel Distrital SDS
5	1. OBLIGACIÓN: 5. 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: 1.Reunión de fortalecimiento al equipo 8/11 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas y listados de asistencias
6	1. OBLIGACIÓN: 6. Gestionar y hacer seguimiento a las canalizaciones del proceso a cargo. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: 1. Realizar seguimiento al proceso de canalizaciones y a las bases para las pertinencias de las mismas y verficación a la gestión realizada por el equipo local. 2. Revisión del proceso de la gestión de las canalizaciones en el DRIVE, que ingresan a la localidad de San Cristobal, revisiòn de los cierres de los casos. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Revisiòn de las bases, Archivo Plano y Tablero de Control
7	1. OBLIGACIÓN: 7. Realizar el seguimiento en campo de los productos, metas o actividades al talento humano con los respectivos soportes y Generar los espacios que faciliten el direccionamiento técnico y acompañamiento con los equipos operativos asignados 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: 1. Acompañamiento a los profesionales en las actividades designadas para fortalecer las acciones y en el cumplimiento de los lineamientos de SDS, 7/11 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta y listado de los acompañamiento
8	1. OBLIGACIÓN: 8. Diligenciar el 100% de la información en los tableros de control, indicadores y matrices que se generen y soliciten en el 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: 1. Diligenciamiento de SEGPLAN e indicadores de aplicativo GESI 2. Revisión y elaboración de Anexo 1 con la Agenda Estratègica, Gestiòn intersectorial, seguimiento a cada una de las politicas 3. Revisiòn matriz de problematicas colectivas - PCO 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Archivo excel TC_Politicas
9	1. OBLIGACIÓN: 9. 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: 1.Programar las jornadas solicitadas al Entorno Comunitario de manera semanal en el drive direccionado por nivel central. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta y listado de la reunión
10	1. OBLIGACIÓN: 10. Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: 1. Organización del archivo digital del mes de todas las vigencias segùn TRD en Drive del correo local
11	1. OBLIGACIÓN: 11. 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: 1. Reunión de Lideres (5/11) y Reuniòn de lideres en SDS (6/11) 2. Preauditorias Equipo local (26 y 27/11) 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas y listados de asistencia

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	81809329	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	18/11/2024	$ 292,200
PENSIÓN:	COLPENSIONES	18/11/2024	$ 374,000
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	18/11/2024	$ 57,000
OTRO	CCF COMPENSAR	18/11/2024	$ 14,100
	TOTAL PAGADO		$ 737,300

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: ANGELA ROCIO ARCINIEGAS GOMEZ
CC: 52,281,961
CEL 3133879803

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:	ANGELA ROCIO ARCINIEGAS GOMEZ	**CC:**	52,281,961
		RUT (NIT):	52281961-7
CORREO ELECTRÓNICO:	angela.arciniegasgomez@gmail.com	**TELÉFONO:**	3133879803
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 16 H 96A 50 IN 10 AP 221	**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:**	008480306268
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 3743 2023	**N° CDP:**	3525-3954	**N°. RP:**	43912 47926	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: $ 121,576,796
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 1/11/2024 AL 30/11/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 5,843,288					
	CINCO MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS					

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ANGELA ROCIO ARCINIEGAS GOMEZ
CC: **52,281,961**
CEL: **3133879803**

	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 LA 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 ROCIO ARCINIEGAS GOMEZ				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	52,281,961				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO FISIOTERAPEUTA ESPECIALISTA 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 3743 2023		**FECHA INICIO CONTRATO**	27/03/2023	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5,460,936				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 121,576,796		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 5,843,288	
N° PAGO / N° DE INFORME:	13 de 13	**N° CRP INICIAL:**	10802	**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:	81809329		**OPERADOR:**	MI PLANILLA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GSP PSPIC - ANALISIS				
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	$ 6,987,808	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1161	**RP DE LA ADICIÓN:**	18111	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,762,859	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1520	**RP DE LA ADICIÓN:**	22105	**TIEMPO PRORROGADO:**	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5,144,634	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1715	**RP DE LA ADICIÓN:**	24614	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 14,957,547	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2106	**RP DE LA ADICIÓN:**	30627	**TIEMPO PRORROGADO:**	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5,875,045	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2800	**RP DE LA ADICIÓN:**	37656	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5,843,288	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3417	**RP DE LA ADICIÓN:**	40705	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4,444,223	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3850	**RP DE LA ADICIÓN:**	44813	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,525,973	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4129	**RP DE LA ADICIÓN:**	50426	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 6,243,426	**CDP DE LA ADICIÓN:**	211	**RP DE LA ADICIÓN:**	10201	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 4,890,578	**CDP DE LA ADICIÓN:**	399	**RP DE LA ADICIÓN:**	14960	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 3,715,569	**CDP DE LA ADICIÓN:**	489	**RP DE LA ADICIÓN:**	17711	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 10,820,894	**CDP DE LA ADICIÓN:**	892	**RP DE LA ADICIÓN:**	19676	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5,843,288	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1322	**RP DE LA ADICIÓN:**	26440	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 5,843,288	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1712	**RP DE LA ADICIÓN:**	30461	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5,843,288	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**RP DE LA ADICIÓN:**	34553	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA

VALOR ADICIONADO	$ 8,765,932	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**RP DE LA ADICIÓN:**	38298	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5,843,288	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**RP DE LA ADICIÓN:**	41647	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5,843,288	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**RP DE LA ADICIÓN:**	43912	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,921,644	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3954	**RP DE LA ADICIÓN:**	47926	**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:
MAYRA MILENA JARAMILLO QUIROZ
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	52281961	ANGELA ROCIO ARCINIEGAS GOMEZ	CRA 21A No. 170 -49	6742090	angela.arciniegasgomez@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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-10	I	18/11/2024	81809329	$737.300	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	292.200	0		0		0	0	0	0	292.200	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	374.000	0	0	0	0	0	0		374.000	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	57.000				57.000	0	0	57.000			570	57.000	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	14.100	0	0	14.100	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	292.200	292.200
Pensión	1	374.000	374.000
Riesgos Laborales	1	57.000	57.000
CCF	1	14.100	14.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	737.300	737.300

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	52281961	ANGELA ROCIO ARCINIEGAS GOMEZ	CRA 21A No. 170 -49	6742090	angela.arciniegasgomez@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	81809329	$737.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cólom. Exterior	Exonerado	SNO	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	52281961	ARCINIEGAS GOMEZ ANGELA ROCIO	59	0			N																	25-14	2.337.400	374.000	0	0	0	0	EPS005	2.337.400	292.200	14-7	2.337.400	3	57.000	CCF24	2.337.400	14.100	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Gmail

Angela Rocio Arciniegas Gomez <angela.arciniegasgomez@gmail.com>

PSE Transacción Aprobada - CUS 1053983007 ✓

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co> 15 de noviembre de 2024, 21:13
Para: angela.arciniegasgomez@gmail.com



¡Hola, angela rocio arciniegas gomez!

Gracias por utilizar los servicios de BANCO DAVIVIENDA y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: **Aprobada**
CUS: 1053983007
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transacción: $ 737.300
Fecha de Transacción: 15/11/2024

Ten en cuenta estos tips de seguridad

- Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.
- Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.
- Procura cambiar tus contraseñas bancarias frecuentemente.