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					
DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	53.159.949				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN ENFERMERIA 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 4367 2023		**FECHA INICIO CONTRATO**	27/03/2023	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.886.120	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	UN (1) MES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 105.712.666		**VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:**	$ 5.228.176	
N° DE INFORME:	13	**N° CRP:**	11383	**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 MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	19	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	19	**PRORROGAS**	17
VALOR ADICIONADO	$ 6.280.582	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1161	**CRP DE LA ADICIÓN:**	18695	**TIEMPO PRORROGADO:** 1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.841.411	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1520	**CRP DE LA ADICIÓN:**	22683	**TIEMPO PRORROGADO:** 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3.494.922	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1715	**CRP DE LA ADICIÓN:**	25186	**TIEMPO PRORROGADO:** 2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 10.967.804	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2106	**CRP DE LA ADICIÓN:**	31202	**TIEMPO PRORROGADO:** 23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5.256.590	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2800	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38210	**TIEMPO PRORROGADO:** 1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5.228.176	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3417	**CRP DE LA ADICIÓN:**	41246	**TIEMPO PRORROGADO:** 1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.979.535	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3850	**CRP DE LA ADICIÓN:**	45316	**TIEMPO PRORROGADO:** 1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.146.906	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4129	**CRP DE LA ADICIÓN:**	50936	**TIEMPO PRORROGADO:** 2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5.586.192	**CDP DE LA ADICIÓN:**	211	**CRP DE LA ADICIÓN:**	10708	**TIEMPO PRORROGADO:**
VALOR ADICIONADO	$ 4.375.756	**CDP DE LA ADICIÓN:**	399	**CRP DE LA ADICIÓN:**	15469	**TIEMPO PRORROGADO:**
VALOR ADICIONADO	$ 5.228.176	**CDP DE LA ADICIÓN:**	489	**CRP DE LA ADICIÓN:**	18208	**TIEMPO PRORROGADO:** 1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 7.842.264	**CDP DE LA ADICIÓN:**	892	**CRP DE LA ADICIÓN:**	20170	**TIEMPO PRORROGADO:** 1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5.228.176	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1322	**CRP DE LA ADICIÓN:**	26921	**TIEMPO PRORROGADO:** 1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 5.228.176	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1712	**CRP DE LA ADICIÓN:**	30882	**TIEMPO PRORROGADO:** 30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5.228.176	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**CRP DE LA ADICIÓN:**	34961	**TIEMPO PRORROGADO:** 1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 7.843.264	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38697	**TIEMPO PRORROGADO:** 1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5.228.176	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**CRP DE LA ADICIÓN:**	42037	**TIEMPO PRORROGADO:** 1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5.228.176	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**CRP DE LA ADICIÓN:**	44224	**TIEMPO PRORROGADO:** 1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.614.088	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3954	**CRP DE LA ADICIÓN:**	48220	**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:**

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		

ITEM	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: Realizar las actividades descritas en el lineamiento vigente del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según el convenio con la Subred Centro Oriente. Seguimiento al plan de accion por las localidades asignadas (Rafael Uribe Uribe, Santa Fe, Martires) . 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en Magnético
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Entregar el cronograma mensual de las actividades a desarrollar según lineamiento. Se realiza entega de cronograma proyectado mensual y actualizacion diaria si asi se requiere 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en Magnético
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: Realizar las actividades programadas en el cronograma mensual y realizar el seguimiento pertinente frente a las actividades que se realizaron y que no estaban plasmadas dentro del cronograma mensual. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en Magnético
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: Leer y realizar apropiación conceptual según el Manual técnico Administrativo del PAI, las circulares y lineamientos vigentes del PAI. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en Magnético
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: Leer y realizar apropiación conceptual según el Manual técnico Administrativo del PAI, las circulares y lineamientos vigentes del PAI. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en Magnético
6	1. OBLIGACIÓN: Gestionar y hacer seguimiento a las canalizaciones del proceso a cargo. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Gestionar en actividades inherentes del PAI con el talento humano a cargo la activación de rutas integrales de prevención en el proceso de canalizaciones. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en Magnético
7	1. OBLIGACIÓN: 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: Realizar seguimiento a los puntos de vacunación con la verificación de actividades del proceso de vacunación. Se realiza verificacion de productos de profesionales extramurales e intramurales 2 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en Magnético
8	1. OBLIGACIÓN: Diligenciar el 100% de la información en los tableros de control, indicadores y matrices que se generen y soliciten en el proceso asignado. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Diligenciar todas las variables de los tableros de control, indicadores, matrices del proceso de vacunación. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en Magnético
9	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: Realizar la planeación de jornadas de vacunación, articulaciones intra- extrasectoriales y visitas de asistencias técnicas para gestionar los acercamientos comunitarios e institucionales. Se realiza 6 asistencias a articulaciones intra - estrasectorial asi mismo se realiza programacion de jornadas de vacunacion son entornos segun localidades asignadas aproximadamente jornadas para las localidades asignadas (Rafael Uribe Uribe, Santa Fe, Martires) 34 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en Magnético
10	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Responder por los archivos documentales generados por las actividades según lineamiento. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en Magnético
11	1. OBLIGACIÓN: Realizar las acciones de planeación, organización y coordinación del Programa Ampliado de Inmunización incluida la vacunación COVID-19 de la estrategia Intramural y extramural con el fin de lograr coberturas de vacunación. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar la concertación y planeacion comunitaria y con instituciones para el desarrollo de jornadas de vacunación con el fin de lograr coberturas de vacunación. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en Magnético
12	1. OBLIGACIÓN: Realizar el seguimiento y monitoreo a la operación de la estrategia intramural y extramural del PAI 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar la gestión administrativa de los insumos, biologicos y demas recursos que se requieran para la ejecucion de los productos la operación de la estrategia intramural y extramural del PAI. solicitud de necesidades de los medicamentos e inmunobiológicos dispositivos médicos e insumos del Programa permanente y Covid19 de las IPS de la subred.para las localidades asignadas (Rafael Uribe Uribe, Santa Fe, Martires) 27 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en Magnético
13	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: Desarrollar actividades en cualquiera de los espacios o procesos transversales de acuerdo a los lineamientos del contrato PSPIC y necesidades de la Subred. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en Magnético

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	81448576	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	5/11/2024	$ 261.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	5/11/2024	$ 334.700
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	5/11/2024	$ 51.000
OTRO	CCF COMPENSAR	5/11/2024	$ 12.600
	TOTAL PAGADO		**$ 659.800**

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 fotograficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

Diana Beltrán A

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE
CC: 53.159.949
CEL 3115753171

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:	DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE	**CC:**	53.159.949
		RUT (NIT):	53159949-0
CORREO ELECTRÓNICO:	liderpaicentro@gmail.com	**TELÉFONO:**	3115753171
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 90 BIS 76 51 AG 2 IN 36 AP 502	**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:**	0550007700696292
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 4367 2023	**N° CDP:**	3525 - 3954	**N°. RP:**	44224 - 46220	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: $ 105.712.666
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 1/11/2024 AL 30/11/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	$ 5.228.176					
	CINCO MILLONES DOSCIENTOS VEINTIOCHO MIL CIENTO SETENTA Y SEIS PESOS					

Diana Beltrán A.

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE
CC: 53.159.949
CEL: 3115753171

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	DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	53.159.949

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN ENFERMERIA 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 4367 2023			FECHA INICIO CONTRATO	27/03/2023
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.886.120				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 105.712.666			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 5.228.176
N° PAGO / N° DE INFORME:	13 de 13	N° CRP INICIAL:	11383	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:	81448576			OPERADOR:	MI PLANILLA
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GSP PSPIC - MACRO, MESO Y MICRO				
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 – PRORROGA):				ADICIÓN (19)	PRÓRROGA (17)
VALOR ADICIONADO	$ 6.280.582	CDP DE LA ADICIÓN:	1161	RP DE LA ADICIÓN:	18695	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.841.411	CDP DE LA ADICIÓN:	1520	RP DE LA ADICIÓN:	22683	TIEMPO PRORROGADO:	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3.494.922	CDP DE LA ADICIÓN:	1715	RP DE LA ADICIÓN:	25186	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 10.967.804	CDP DE LA ADICIÓN:	2106	RP DE LA ADICIÓN:	31202	TIEMPO PRORROGADO:	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5.256.590	CDP DE LA ADICIÓN:	2800	RP DE LA ADICIÓN:	38210	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5.228.176	CDP DE LA ADICIÓN:	3417	RP DE LA ADICIÓN:	41246	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.979.535	CDP DE LA ADICIÓN:	3850	RP DE LA ADICIÓN:	45316	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.146.906	CDP DE LA ADICIÓN:	4129	RP DE LA ADICIÓN:	50936	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5.586.192	CDP DE LA ADICIÓN:	211	RP DE LA ADICIÓN:	10708	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ 4.375.756	CDP DE LA ADICIÓN:	399	RP DE LA ADICIÓN:	15469	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ 5.228.176	CDP DE LA ADICIÓN:	489	RP DE LA ADICIÓN:	18208	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 7.842.264	CDP DE LA ADICIÓN:	892	RP DE LA ADICIÓN:	20170	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5.228.176	CDP DE LA ADICIÓN:	1322	RP DE LA ADICIÓN:	26921	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 5.228.176	CDP DE LA ADICIÓN:	1712	RP DE LA ADICIÓN:	30882	TIEMPO PRORROGADO:	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5.228.176	CDP DE LA ADICIÓN:	2248	RP DE LA ADICIÓN:	34961	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 1 DIA

VALOR ADICIONADO	$ 7.843.264	CDP DE LA ADICIÓN:	2562	RP DE LA ADICIÓN:	38697	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5.228.176	CDP DE LA ADICIÓN:	3170	RP DE LA ADICIÓN:	42037	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5.228.176	CDP DE LA ADICIÓN:	3525	RP DE LA ADICIÓN:	44224	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.614.088	CDP DE LA ADICIÓN:	3954	RP DE LA ADICIÓN:	48220	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
	Luz Pineda D NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: LUZ CONSUELO PINEDA DUEÑEZ PERFIL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE GESTION

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53159949	DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE	CARRERA 90 BIS NO 76 51 APTO 502 INT 36 AGRUP	4373248	CAROLINABELTRAN600@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	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)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-10	I	05/11/2024	81448576	$659.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	261.500	0		0		0	0	0	0	261.500	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	334.700	0	0	0	0	0	0		334.700	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	51.000				51.000	0	0	51.000			510	51.000	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	12.600	0	0	12.600	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Dias 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	261.500	261.500
Pensión	1	334.700	334.700
Riesgos Laborales	1	51.000	51.000
CCF	1	12.600	12.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	$659.800	$659.800

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	53159949	DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE	CARRERA 90 BIS NO 76 51 APTO 502 INT 36 AGRU 2	4373248	CAROLINABELTRAN600@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
2024-10	2024-10	I	05/11/2024	81448576	TOTAL A PAGAR	
					$659,800	

TALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
po.	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colsenal	Salario	Extranjero	Colom.exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COBERCIÓN	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
C	53159949	BELTRAN AGUIRRE DIANA CAROLINA	59	0			N																	25-14	2,091,270	334,700	0	0	0	0	EPS008	2,091,270	261,500	14-7	2,091,270	3	51,000	CCF24	2,091,270	12,600	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
1024304865

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
02/11/2024

Número de aprobación
00304865

Dirección IP
186.29.35.102

Valor transacción
$ 659.800,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
	CC	53159949

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