	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						
PAULA CAMILA VELASQUEZ BENAVIDEZ						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1,033,788,800					
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 4356 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:	$ 101,050,639		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1,278,621		
Nº DE INFORME:	11	**Nº CRP:**	11373	**Nº CDP:**	626	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	1 AÑO(S) 6 MESES 20 DIAS					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6BH CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE PROFESIONAL UNIVERSITARIO CÓDIGO 214 GRADO 27					

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº 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:**	18685	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,181,177	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1520	**CRP DE LA ADICIÓN:**	22673	**TIEMPO PRORROGADO:**	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5,239,839	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1715	**CRP DE LA ADICIÓN:**	25176	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 13,162,275	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2106	**CRP DE LA ADICIÓN:**	31192	**TIEMPO PRORROGADO:**	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 10,178,826	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2800	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38200	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4,613,064	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3417	**CRP DE LA ADICIÓN:**	41237	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 957,627	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3850	**CRP DE LA ADICIÓN:**	45307	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,777,838	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4129	**CRP DE LA ADICIÓN:**	50927	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,928,959	**CDP DE LA ADICIÓN:**	211	**CRP DE LA ADICIÓN:**	10699	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 3,860,934	**CDP DE LA ADICIÓN:**	399	**CRP DE LA ADICIÓN:**	15460	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 4,613,064	**CDP DE LA ADICIÓN:**	489	**CRP DE LA ADICIÓN:**	18199	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 6,919,596	**CDP DE LA ADICIÓN:**	892	**CRP DE LA ADICIÓN:**	20161	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,613,064	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1322	**CRP DE LA ADICIÓN:**	26912	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 4,613,064	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1712	**CRP DE LA ADICIÓN:**	30875	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,613,064	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**CRP DE LA ADICIÓN:**	34954	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 6,920,596	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38691	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5,390,265	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**CRP DE LA ADICIÓN:**	42031	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5,614,484	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**CRP DE LA ADICIÓN:**	44218	**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
Nº DE PÓLIZA:	N/A		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A		**FECHA DE APROBACIÓN:**		N/A

ÍTEM	**IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO** **(Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)**

1	1. OBLIGACIÓN: Prestar sus servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar actividades administrativas o de campo de apoyo a la gestión PAI de la localidad 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato plan de acción de
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar las acciones de planeación, organización del Programa Ampliado de Inmunización incluida la vacunación COVID-19 y otras que se incluyan en la modalidad Intramural con el fin de lograr coberturas de vacunación de las IPS asignadas. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato plan de acción de actividades.
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: Desarrollar las actividades establecidas por lineamiento para el perfil. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): archivo de documentacion requerida por lineamiento.
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: Realizar seguimiento a los planes de mejora implementados por las IPS con incumplimiento de los compromisos generados en la primera visita y los generados por EAPV. Los planes de mejora se deben cerrar en un plazo máximo de 2 meses con mínimo un seguimiento 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de planes de mejora.
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): Asistencia a reuniones de equipo y comité local.
6	1. OBLIGACIÓN: Desarrollar procesos de asistencia técnica desde los diferentes procesos del Plan de Intervenciones Colectivas conforme a su saber disciplinar y profesional, en función de los requerimientos de los entornos y procesos transversales 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar asistencia técnica al talento humano vacunador y responsable de la vacunación en las IPS con servicio de vacunación habilitado y equipo extramural, en todos los componentes del PAI que incluye la adherencia a guías, evaluación de indicadores del programa incluyendo la vacunación contra COVID 19 y otras que ingresen que ingresen al programa, según población contratada por EAPB (cobertura por biológico, acceso, deserción, completitud, exactitud, oportunidad de vacunación de recién nacidos, calidad de informes, excursiones de temperatura y EAPV); estrategias implementadas para la ruta de atención integral en salud, en el seguimiento a vacunados;Según hallazgos generar los compromisos para mejorar hallazgos e indicadores del PAI. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de asistencia tecnica.
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: Entrega de formatos establecidos en la caja de herramientas por parte de secretaria de salud y envio de informe mensual.
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: Realizar Asistencias tecnicas en IPS mensualmente. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de asistencia tecnica.
9	1. OBLIGACIÓN: Activar y notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar seguimiento a EAPV a través de la visita al punto de vacunación 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta visitas de EAPV notificadas por vigilancia al punto de vacunación y acta de reunión de la unidad de análisis convocados por vigilancia para clasificación del evento
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: Alistamiento y entrega de productos realizados durante el mes en SDS y auditorias. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Escaner de los productos y productos en fisico.
11	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Archivo y scaner mensual de los productos elaborados. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Archivo fisico en unidad San Jose Obrero
12	1. OBLIGACIÓN: Implementar de las tácticas extramurales necesarias para buscar la población pendiente por iniciar, continuar y completar esquemas de vacunación 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar asistencia técnica al talento humano vacunador y responsable de la vacunación del equipo extramural, en todos los componentes del PAI que incluye la adherencia a guías, evaluación de indicadores del programa incluyendo la vacunación contra COVID 19 y otras que ingresen que ingresen al programa, según población contratada por EAPB (cobertura por biológico, acceso, deserción, completitud, exactitud, oportunidad de vacunación de recién nacidos, calidad de informes, excursiones de temperatura y EAPV); estrategias implementadas para la ruta de atención integral en salud, en el seguimiento a vacunados;Según hallazgos generar los compromisos para mejorar hallazgos e indicadores del PAI. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de asistencia tecnica.
13	1. OBLIGACIÓN: Gestionar la entrega de distribución de biológico y consolidación de informes mensuales de movimientos de biológicos del proceso de PAI 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Apoyo a la recepcion de informes correspondientes al mes anterior. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta de recepcion de informes.
14	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: Cumplimiento de las demás obligaciones asignadas por el supervisor del contrato 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Asistencia a reuniones de equipo.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	80102506	**OPERADOR:**	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	9/09/2024	$ 230,700
PENSIÓN:	PORVENIR	9/09/2024	$ 295,300
RIESGOS LABORALES:	SURA	9/09/2024	$ 45,000
OTRO	CCF COMPENSAR	9/09/2024	$ 37,000
	TOTAL PAGADO		**$ 608,000**

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

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: PAULA CAMILA VELASQUEZ BENAVIDEZ
CC: 1.033.788.800
CEL 3204653990

	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:	PAULA CAMILA VELASQUEZ BENAVIDEZ	CC:	1,033,788,800
		RUT (NIT):	1033788800-9
CORREO ELECTRÓNICO:	pauvelsubredco@gmail.com	TELÉFONO:	3204653990
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 48 K SUR 3 74	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:	BANCOLOMBIA				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	91224935418

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	PS 4356 2023	N° CDP:	3170	N°. RP:	42031	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :1 AÑO(S) 6 MESES 20 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	27/03/2023	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		15/10/2024		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 101,050,639
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 1/09/2024 AL 30/09/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 1,278,621					
	UN MILLÓN DOSCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS VEINTIUN PESOS					

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: PAULA CAMILA VELASQUEZ BENAVIDEZ

C.C: **1,033,788,800**

CEL: **3204653990**

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	PAULA CAMILA VELASQUEZ BENAVIDEZ
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1,033,788,800

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 4356 2023	**FECHA INICIO CONTRATO**	27/03/2023
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4,311,304		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 101,050,639	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1,278,621

N° PAGO / N° DE INFORME:	11	**N° CRP INICIAL:**	11373	**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:	80102506	**OPERADOR:**	MI PLANILLA
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GSP PSPIC - GPAISP		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6BH CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE PROFESIONAL UNIVERSITARIO CÓDIGO 214 GRADO 27		

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:**	18685	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,181,177	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1520	**RP DE LA ADICIÓN:**	22673	**TIEMPO PRORROGADO:**	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5,239,839	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1715	**RP DE LA ADICIÓN:**	25176	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 13,162,275	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2106	**RP DE LA ADICIÓN:**	31192	**TIEMPO PRORROGADO:**	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 10,178,826	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2800	**RP DE LA ADICIÓN:**	38200	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4,613,064	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3417	**RP DE LA ADICIÓN:**	41237	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 957,627	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3850	**RP DE LA ADICIÓN:**	45307	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,777,838	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4129	**RP DE LA ADICIÓN:**	50927	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,928,959	**CDP DE LA ADICIÓN:**	211	**RP DE LA ADICIÓN:**	10699	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 3,860,934	**CDP DE LA ADICIÓN:**	399	**RP DE LA ADICIÓN:**	15460	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 4,613,064	**CDP DE LA ADICIÓN:**	489	**RP DE LA ADICIÓN:**	18199	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 6,919,596	**CDP DE LA ADICIÓN:**	892	**RP DE LA ADICIÓN:**	20161	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,613,064	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1322	**RP DE LA ADICIÓN:**	26912	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 4,613,064	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1712	**RP DE LA ADICIÓN:**	30875	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,613,064	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**RP DE LA ADICIÓN:**	34954	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 6,920,596	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**RP DE LA ADICIÓN:**	38691	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5,390,265	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**RP DE LA ADICIÓN:**	42031	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES

VALOR ADICIONADO	$ 5.390.265	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**RP DE LA ADICIÓN:**	42031	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5.614.484	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**RP DE LA ADICIÓN:**	44218	**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 1/09/2024 al 30/09/2024

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:
LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE
CARGO:
PROFESIONAL UNIVERSITARIO CÓDIGO 214 GRADO 27

Luz Pineda D.

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
LUZ CONSUELO PINEDA DUEÑEZ.
PERFIL:
PROFESIONAL ESPECIALIZADO 3

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	1033788800	PAULA CAMILA VELASQUEZ BENAVIDES	Calle 48k sur #3-74	6406950	pauvelsubredco@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-08	I	09/09/2024	80102506	$610.800	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	230.700	0		0		0	6	1.100	0	231.800	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
230301	Porvenir	800224808-8	295.300	0	0	0	0	6	1.300	0	296.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	45.000				45.000	6	200	45.200			450	45.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	37.000	6	200	37.200	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	6	0	0	0
ICBF				
0	6	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	230.700	231.800
Pensión	1	295.300	296.600
Riesgos Laborales	1	45.000	45.200
CCF	1	37.000	37.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	608.000	610.800

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	1033788800	PAULA CAMILA VELASQUEZ BENAVIDES	Calle 48k sur #3-74	6406950	pauvelsubredco@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-08	2024-08	I	09/09/2024	80102506	$610.800

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1033788800	VELASQUEZ BENAVIDES PAULA CAMILA	59	0			N																	230301	1.845.225	295.300	0	0	0	0	EPS002	1.845.225	230.700	14-11	1.845.225	3	45.000	CCF24	1.845.225	37.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Gmail

paula camila velasquez <paula.camila.velasquez@gmail.com>

PSE Transacción Aprobada - CUS 897706269

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>
Para: paula.camila.velasquez@gmail.com

6 de septiembre de 2024, 10:14 p.m.



¡Hola, Paula Camila velasquez!

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

Estado de la Transacción: **Aprobada**
CUS: 897706269
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transacción: $ 610.800
Fecha de Transacción: 06/09/2024

Ten en cuenta estos tips de seguridad

- Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estás 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.