| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-077**<br>**VERSIÓN: 2**<br>**FECHA: 2024-09-16** |

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y**

**ALBA STELLA GOMEZ PELAYO**

| | |
|---|---|
| **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | 1.023.906.259 |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE 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 3980 2023 | | | **FECHA INICIO CONTRATO** | 27/03/2023 |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 2.299.448 | **PLAZO INICIAL DEL CONTRATO** | UN (1) MES | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 48.849.016 | | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 1.230.224 |
| **N° DE INFORME:** | 14 | **N° CRP:** | 11025 | **N° 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:** | LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA<br>PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30 | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:** | 18 | **TIPO DE MODIFICACIÓN** | **ADICIONES** | 18 | **PRORROGAS** | 16 | |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 2.955.748 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1161 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 18332 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 1 MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 1.163.364 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1520 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 22325 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 15 DIAS |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 1.644.756 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1715 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 24833 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 2 MESES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 5.161.592 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 2106 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 30848 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 23 DIAS |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 2.473.820 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 2800 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 37873 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 1 MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 2.460.448 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 3417 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 40920 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 1 MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 1.888.708 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 3850 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 45011 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 1 MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 1.486.269 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 4129 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 50625 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 2 MESES Y 13 DIAS |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 2.628.935 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 211 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 10399 | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 2.059.288 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 399 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 15157 | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 2.460.448 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 489 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 17904 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 1 MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 3.690.672 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 892 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 19868 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 1 MES Y 15 DIAS |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 2.460.448 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1322 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 26628 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 1 MES Y 1 DIA |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 2.941.956 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1712 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 30625 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 30 DIAS |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 2.460.548 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 2248 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 34710 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 1 MES Y 1 DIA |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 3.691.672 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 2562 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 38452 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 1 MES Y 15 DIAS |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 2.460.448 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 3170 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 41796 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 1 MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 2.460.448 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 3525 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 44023 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 1 MES |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **CRP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **CRP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **CRP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |

**III. POLIZAS**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?** | | **SI** | | **NO** | X |
| **N° DE PÓLIZA:** | N/A | | **NOMBRE DE LA ASEGURADORA:** | | N/A |
| **FECHA DE LA PÓLIZA** | N/A | | **FECHA DE APROBACIÓN:** | | N/A |

| **ÍTEM** | **IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO**<br>**(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.<br>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.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en fisico |

| | |
|---|---|
| 2 | 1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar actividades programadas en el cronograma mensual y realizar las observaciones pertinentes frente a las actividades que se realizaron y que no estaban plasmadas dentro del cronograma mensual.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en fisico y 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.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Cumplir con el protocolo y los procesos de vacunación segura con el fin de mantener y mejorar la calidad del servicio de vacunación.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en fisico 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.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Cumplir con el protocolo y los procesos de vacunación segura con el fin de mantener y mejorar la calidad del servicio de vacunación.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en fisico 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.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Leer y realizar apropiación conceptual según el Manual técnico Administrativo del PAI, las circulares y lineamientos vigentes del PAI.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en fisico y en magnético |
| 6 | 1. OBLIGACIÓN: Realizar acciones extramurales a la población asignada a nivel individual, familiar y colectivo, desde su perfil técnico, y conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre la subred con el Fondo Financiero-SDS.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar entevista indagando antecedentes patologicos, farmacologicos, estado actual de la persona a vacunar, dar educación al usuario sobre cuidados pos vacunales.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): producto en fisico |
| 7 | 1. OBLIGACIÓN: Realizar acciones de promoción y prevención de la salud y de saneamiento ambiental a nivel individual, familiar y colectivo, desde su perfil técnico y conforme a los anexos y lineamientos.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Identificar factores de riesgo con el proposito de activar las rutas integrales de atención en salud .Educar a los usuarios sobre la importancia del autocuidado<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en fisico y en magnético |
| 8 | 1. OBLIGACIÓN: Desarrollar procesos de asistencia técnica desde los diferentes procesos del Plan de Intervenciones Colectivas conforme a su saber disciplinar y técnico, en función de los requerimientos de los entornos y procesos transversales<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: brindar asistencia tecnica según la poblacion objeto del PAI dentro de las estrategias programadas a realizar<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en fisico y en magnético |
| 9 | 1. OBLIGACIÓN: Activar y notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: realizar el reporte oportuno según ficha de notificación establecida para cada evento<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): producto en fisico |
| 10 | 1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Responder por los archivos de los documentos SIS 150, Hojas de temperatura, cronogramas, disentimientos, consentimientos informados, estrategia de información, educación y comunicación.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en fisico y en magnético |
| 11 | 1. OBLIGACIÓN: Aplicación de la dosis de vacuna de acuerdo a los anexos<br>y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre la subred con el Fondo Financiero-SDS para el proceso de PAI.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar la administración de los inmunobiologicos de acuerdo a la poblacion objeto del pai teniendo encuenta su inicio continuidad y terminacion de esquemas; para esto se debe tener encuenta ( edad- esquema a administrar-cohorte de biologicos-anamnesis del paciente- aplicacion de los 10 correctos).<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): producto en fisico |
| 12 | 1. OBLIGACIÓN: Diligenciar con calidad los formatos de la estrategia extramural PAI.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar de forma clara toda la información requerida por los formatos manejados en el PAI SIS 150, Hojas de temperatura, cronogramas, disentimientos, consentimientos informados, estrategia de información, educación y comunicación,<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en fisico 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<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Desarrollar actividades según necesidad de la Subred, en cualquiera de los espacios o procesos transversales de acuerdo a los lineamientos del contrato PSPIC.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en fisico y en magnético |

**V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

| **No. DE PLANILLA:** | 80549627 | **OPERADOR:** | MI PLANILLA |
|---|---|---|---|

| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
|---|---|---|---|
| **SALUD:** | COMPENSAR | 17/10/2024 | $ 162.500 |
| **PENSIÓN:** | PORVENIR | 17/10/2024 | $ 208.000 |
| **RIESGOS LABORALES:** | BOLIVAR | 17/10/2024 | $ 31.700 |
| **OTRO** | CCF COMPENSAR | 17/10/2024 | $ 26.000 |
| | **TOTAL PAGADO** | | **$ 428.200** |

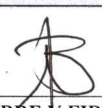
**VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA**

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo 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: ALBA STELLA GOMEZ PELAYO**
**CC: 1.023.906.259**
**CEL 3125229689**

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**
**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**
**FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**

**CÓDIGO: AP-IA-FT-014**
**VERSIÓN: 6**
**FECHA: 2024-09-16**

| **DATOS DEL CONTRATISTA** | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/10/2024** | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | ALBA STELLA GOMEZ PELAYO | **#N/A** | 1.023.906.259 |
| | | **RUT (NIT):** | 1023906259-4 |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | agomez.subredcentrooriente@gmail.com | **TELÉFONO:** | 3125229689 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | KR 11A 41 52 SUR | **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:** | 60281139196 |

| **NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DEL CONTRATO:** | PS 3980 2023 | **N° CDP:** | 3525 | **N°. RP:** | 44025 | PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :1 AÑO(S) 6 MESES 20 DIAS |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | 27/03/2023 | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | 15/11/2024 | | TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 48.849.016 |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | DEL 17/10/2024 AL 31/10/2024 | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)** | $ 1.230.224 | | | | | |
| | UN MILLÓN DOSCIENTOS TREINTA MIL DOSCIENTOS VEINTICUATRO PESOS | | | | | |

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ALBA STELLA GOMEZ PELAYO**
**C.C: 1.023.906.259**
**CEL: 3125229689**

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-078**<br>**VERSIÓN: 2**<br>**FECHA: 2024-09-16** |

| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | |
|---|---|
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | ALBA STELLA GOMEZ PELAYO |
| **NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | 1.023.906.259 |

**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

| | |
|---|---|
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE 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 3980 2023 | | | **FECHA INICIO CONTRATO** | 27/03/2023 |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 2.299.448 | | | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 48.849.016 | | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 1.230.224 |
| **N° PAGO / N° DE INFORME:** | 14 | **N° CRP INICIAL:** | 11025 | **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:** | 80549627 | | **OPERADOR:** | MI PLANILLA | |
| **PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:** | GSP PSPIC - GESTION OPERATIVA | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | 6BH CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA<br>PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30 | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| **N° DE MODIFICACIÓN:** | 18 | **TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):** | | | | 18 | 16 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **VALOR ADICIONADO** | $ 2.955.748 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1161 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 18332 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 1 MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 1.163.364 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1520 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 22325 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 15 DIAS |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 1.644.756 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1715 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 24833 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 2 MESES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 5.161.592 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 2106 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 30848 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 23 DIAS |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 2.473.820 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 2800 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 37873 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 1 MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 2.460.448 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 3417 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 40920 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 1 MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 1.888.708 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 3850 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 45011 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 1 MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 1.486.269 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 4129 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 50625 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 2 MESES Y 13 DIAS |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 2.628.935 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 211 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 10399 | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 2.059.288 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 399 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 15157 | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 2.460.448 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 489 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 17904 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 1 MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 3.690.672 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 892 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 19868 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 1 MES Y 15 DIAS |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 2.460.448 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1322 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 26628 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 1 MES Y 1 DIA |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 2.941.956 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1712 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 30625 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 30 DIAS |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 2.460.548 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 2248 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 34710 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 1 MES Y 1 DIA |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 3.691.672 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 2562 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 38452 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 1 MES Y 15 DIAS |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 2.460.448 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 3170 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 41796 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 1 MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 2.460.448 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 3525 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 44023 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 1 MES |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **RP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **RP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **RP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |

| **III. POLIZAS (SI APLICA)** | | | |
|---|---|---|---|
| **N° DE PÓLIZA:** | N/A | **NOMBRE DE LA ASEGURADORA:** | N/A |
| **FECHA DE LA PÓLIZA** | N/A | **ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:** | N/A |

**IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS**

***SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.***

| ITEM | CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS | SI | NO |
|---|---|---|---|
| 1 | ¿El contrato se encuentra debidamente legalizado? | X | |
| 2 | ¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades? | X | |
| 3 | ¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP? | X | |
| 4 | ¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002? | X | |
| 5 | ¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro? | X | |

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago, CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del 17/10/2024 al 31/10/2024

| | |
|---|---|
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:** | NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:<br>LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA<br>CARGO:<br>PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30 |
| | Luz Pineda D.<br>NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:<br>LUZ CONSUELO PINEDA DUEÑEZ.<br>PERFIL:<br>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 | 1023906259 | ALBA STELLA GOMEZ PELAYO | cra 11 a n 41 52 sur | 1234567 | agomez.subredcentrooriente@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 | |
| 2024-09 | 2024-09 | I | 17/10/2024 | 80549627 | $429.000 | |

## 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 | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 162.500 | 0 | | 0 | | 0 | 2 | 300 | 0 | 162.800 | 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 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 300 | 0 | 208.300 | 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 | 31.700 | | | | 31.700 | 2 | 100 | 31.800 | | | 317 | 31.800 | 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 | 2 | 100 | 26.100 | 1 |

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 2 | 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 | 162.800 |
| Pensión | 1 | 208.000 | 208.300 |
| Riesgos Laborales | 1 | 31.700 | 31.800 |
| CCF | 1 | 26.000 | 26.100 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 4 | 428.200 | 429.000 |

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 | 1023906259 | ALBA STELLA GOMEZ PELAYO | cra 11 a n 41 52 sur | 1234567 | agomez.subredcentrooriente@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 | |
| 2024-09 | 2024-09 | I | 17/10/2024 | 80549627 | $429.000 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Suntino | 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 | 1023906259 | GOMEZ PELAYO ALBA STELLA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.300.000 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 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

Gmail

**ALBA STELLA GOMEZ PELAYO <agomez.subredcentrooriente@gmail.com>**

# PSE Transacción Aprobada - CUS 988303709

1 mensaje

**serviciopse@achcolombia.com.co** <serviciopse@achcolombia.com.co> 17 de octubre de 2024, 4:00 p.m.
Para: agomez.subredcentrooriente@gmail.com




## ¡Hola, Alba stella gomez pelayo!

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

Estado de la Transacción: **Aprobada**
CUS: 988303709
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transacción: $ 429.000
Fecha de Transacción: 17/10/2024

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 frencuentemente.