	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

CLAUDIA CECILIA GONZALEZ MORALES

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	435,723				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO NUTRICIONISTA 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 3636 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:	$ 102,808,409		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 2,921,644
N° DE INFORME:	12	**N° CRP:**	10699	**N° CDP:**	626
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	1 AÑO(S) 6 MESES 20 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:	17	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	17	**PRORROGAS**	15	
VALOR ADICIONADO	$ 6,987,808	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1161	**CRP DE LA ADICIÓN:**	18007	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,762,859	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1520	**CRP DE LA ADICIÓN:**	22003	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 6,414,914	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2106	**CRP DE LA ADICIÓN:**	30528	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 20 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5,875,045	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2800	**CRP DE LA ADICIÓN:**	37561	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5,843,288	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3417	**CRP DE LA ADICIÓN:**	40610	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,284,747	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3850	**CRP DE LA ADICIÓN:**	44730	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,525,973	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4129	**CRP DE LA ADICIÓN:**	50333	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 6,243,426	**CDP DE LA ADICIÓN:**	211	**CRP DE LA ADICIÓN:**	10108	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 4,890,578	**CDP DE LA ADICIÓN:**	399	**CRP DE LA ADICIÓN:**	14866	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 3,715,569	**CDP DE LA ADICIÓN:**	489	**CRP DE LA ADICIÓN:**	17618	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 10,820,894	**CDP DE LA ADICIÓN:**	892	**CRP DE LA ADICIÓN:**	19582	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5,843,288	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1322	**CRP DE LA ADICIÓN:**	26347	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 5,843,288	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1712	**CRP DE LA ADICIÓN:**	30384	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5,843,288	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**CRP DE LA ADICIÓN:**	34480	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 8,765,932	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38225	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5,843,288	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**CRP DE LA ADICIÓN:**	41581	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5,843,288	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**CRP DE LA ADICIÓN:**		**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:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS

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

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

1	1. OBLIGACIÓN: Prestar sus servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: 1. Interacción Direccionamiento Estratégico Seguimiento agenda estratégica Santa Fe Apropiación de lineamientos. 2. Interacción 2.Gestión Intersectorial Solicitudes a comunitario. Mesa pre CLOPS SAN (24/10) 3. Acciones administrativas: (Acompañamiento delegado política de Ambiente (24/10), Acompañamiento delegada política Vejez (30/10), Preauditoria (25/10) y (31/10), Inducción delegada política migrantes, ruralidad y victimas. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas y listados de asistencia
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: 1. Actualización del cronograma personal del mes correspondiente 2. Revisión y actualización del cronograma de los Subprocesos (instancias y espacios de Políticas) 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Cronograma en el DRIVE del correo institucional Cronograma personal en Drive
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: 1. Revisión, consolidación y envío de Anexo 1 (Agenda Integrada, Matriz de compromisos, Matriz de Seguimiento a Políticas) 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Archivo excel Anexo 1, Anexo 2.2 y Anexo 10 Informe Word
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: 1. Revisión de soportes Junio - Julio 2024 Equipo Local 2. Revisión de los conceptos del Anexo 1 en Drive distrital 3. Revisión mensual de productos (25/10) 4. Preauditoria referente proceso (31/10) 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Drive Excel Distrital SDS y Drive Equipo Local
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: 1. Asistencia técnica nuevo convenio PSPIC (21/10) 2. Asistencia técnica lineamientos (22/10) 3. Asistencia técnica migrantes (24/10) 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas y listados de asistencia
6	1. OBLIGACIÓN: 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. Gestión a Anexo 5 Migrantes y mesa salud cooperantes (23/10) 3. Gestión a PCO 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Revisión de las bases, Drive Anexo 5, Drive Santa Fe, Archivo Plano y Tablero de Control
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: 1. Acompañamiento delegado política de Ambiente (24/10). 2. Acompañamiento delegada política Vejez (30/10) 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta y listado de los acompañamaientos (pendiente fechas)
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: 1. Diligenciamiento de SEGPLAN e indicadores de aplicativo GESI 2. Matriz poblacional 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): App SEGPLAN y Aplicativo GESI
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: 1. Reunión pre CLOPS SAN (24/10) 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta y listado de la reunión
10	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: 1. Organización del archivo mensual según TRD en Drive del correo local 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Drive Local
11	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: 1. Revisión mensual de productos (25/10) 2. Preauditoria referente proceso (31/10) 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas y listados de asistencia

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	81050749	**OPERADOR:**	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	SANITAS	17/10/2024	$ 292,300
PENSIÓN:	PORVENIR	17/10/2024	$ 374,100
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	17/10/2024	$ 57,000
OTRO			$ -
	TOTAL PAGADO		**$ 723,400**

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: CLAUDIA CECILIA GONZALEZ MORALES
CC: 435.723
CEL 3058572996

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:	CLAUDIA CECILIA GONZALEZ MORALES	**CE:**	435.723
		RUT (NIT):	700145969-3
CORREO ELECTRÓNICO:	clcgonzalezmo@unal.edu.co	**TELÉFONO:**	3058572996
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 72C 22A-74	**CIUDAD:**	BOGOTA D.C

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 BBVA				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**N° CUENTA:**	0126401629

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	PS 3636 2023	**N° CDP:**	3525	**N°. RP:**	43851	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: $ 102.808.409
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 17/10/2024 AL 31/10/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 2.921.644					
	DOS MILLONES NOVECIENTOS VEINTIUN MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS					

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CLAUDIA CECILIA GONZALEZ MORALES
C.C: **435.723**
CEL: **3058572996**

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	CLAUDIA CECILIA GONZALEZ MORALES
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	435.723

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO NUTRICIONISTA 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 3636 2023			**FECHA INICIO CONTRATO**	27/03/2023
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.460.936				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 102.808.409			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.921.644
N° PAGO / N° DE INFORME:	12	**N° CRP INICIAL:**	10699	**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:	81050749	**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:	17	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				17	15
VALOR ADICIONADO	$ 6.987.808	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1161	**RP DE LA ADICIÓN:**	18007	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.762.859	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1520	**RP DE LA ADICIÓN:**	22003	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 6.414.914	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2106	**RP DE LA ADICIÓN:**	30528	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 20 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5.875.045	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2800	**RP DE LA ADICIÓN:**	37561	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5.843.288	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3417	**RP DE LA ADICIÓN:**	40610	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.284.747	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3850	**RP DE LA ADICIÓN:**	44730	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.525.973	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4129	**RP DE LA ADICIÓN:**	50333	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 6.243.426	**CDP DE LA ADICIÓN:**	211	**RP DE LA ADICIÓN:**	10108	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 4.890.578	**CDP DE LA ADICIÓN:**	399	**RP DE LA ADICIÓN:**	14866	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 3.715.569	**CDP DE LA ADICIÓN:**	489	**RP DE LA ADICIÓN:**	17618	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 10.820.894	**CDP DE LA ADICIÓN:**	892	**RP DE LA ADICIÓN:**	19582	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5.843.288	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1322	**RP DE LA ADICIÓN:**	26347	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 5.843.288	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1712	**RP DE LA ADICIÓN:**	30384	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5.843.288	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**RP DE LA ADICIÓN:**	34480	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 8.765.932	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**RP DE LA ADICIÓN:**	38225	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5.843.288	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**RP DE LA ADICIÓN:**	41581	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5.843.288	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**RP DE LA ADICIÓN:**		**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:**	
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: 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
CE	435723	CLAUDIA CECILIA GONZALEZ MORALES	Carrera 72C #22A - 74, Torre 3, Int 6, Apto 822	7021999	clcgonzalezmo@unal.edu.co	
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	81050749	$728.700	

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	292.300	0		0		0	10	2.100	0	294.400	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	374.100	0	0	0	0	10	2.700	0	376.800	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	10	500	57.500			570	57.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	10	0	0	0
ICBF				
0	10	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	292.300	294.400
Pensión	1	374.100	376.800
Riesgos Laborales	1	57.000	57.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	723.400	728.700

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
CE	435723	CLAUDIA CECILIA GONZALEZ MORALES		Carrera 72C #22A - 74, Torre 3, Int 6, Apto 822	7021999	clcgonzalezmo@unal.edu.co	
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	81050749	$728.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipê	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. exterior	Estudiante	IND	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	CE	435723	GONZALEZ MORALES CLAUDIA CECILIA	59	0			N																	230301	2.338.000	374.100	0	0	0	0	EPS005	2.338.000	292.300	14-7	2.338.000	3	57.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Listo

Finalizaste tu pago

BBVA

Pago exitoso

$728.700,00

17 oct, 2024--10:31:00 AM

Producto o servicio	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social COMPENSAR-OI
Pagaste con	Cuenta de Ahorros *1629
Código de confirmación (CUS)	987434682
IP	0.0.0.0

Volver al comercio

Imprimir comprobante