	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					
				MAYRA ALEJANDRA SANCHEZ MURILLO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				1,031,167,029	
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 5330 2023		**FECHA INICIO CONTRATO**	6/05/2023	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3,864,865	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	VEINTINUEVE (29) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 74,028,245		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1,999,068	
N° DE INFORME:	12	**N° CRP:**	20005	**N° CDP:**	1236
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	1 AÑO(S) 5 MESES 15 DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2LV HOSPITAL LA VICTORIA				
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	$ 1,890,423	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1520	**CRP DE LA ADICIÓN:**	23170	**TIEMPO PRORROGADO:**	10 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,346,266	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1715	**CRP DE LA ADICIÓN:**	25652	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 8,387,394	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2106	**CRP DE LA ADICIÓN:**	31664	**TIEMPO PRORROGADO:**	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,019,865	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2800	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38641	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3417	**CRP DE LA ADICIÓN:**	41659	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,510,003	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3850	**CRP DE LA ADICIÓN:**	45700	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,408,882	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4129	**CRP DE LA ADICIÓN:**	51338	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,271,921	**CDP DE LA ADICIÓN:**	211	**CRP DE LA ADICIÓN:**	11109	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 3,346,266	**CDP DE LA ADICIÓN:**	399	**CRP DE LA ADICIÓN:**	15872	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	489	**CRP DE LA ADICIÓN:**	18584	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5,997,204	**CDP DE LA ADICIÓN:**	892	**CRP DE LA ADICIÓN:**	20546	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1322	**CRP DE LA ADICIÓN:**	27278	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1712	**CRP DE LA ADICIÓN:**	31187	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**CRP DE LA ADICIÓN:**	35262	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 5,998,204	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38985	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**CRP DE LA ADICIÓN:**	42306	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**CRP DE LA ADICIÓN:**	44453	**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: Desarrollar acciones en el entorno cuidador institucional de acuerdo a los lineamientos establecidos en la vigencia y cumplir con los direccionamientos establecidos desde del supervisor del contrato. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soportes en carpetas de gestion documental: Actas, formatos y registro.
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Diligenciamiento del cronograma mensualmente en el que se consignan las actividades programadas y la proyección del mes siguiente acordes a las acciones establecidas en el lineamiento. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soporte en medio magnetico: cronograma mensual.
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: Se apoyo en las actividades programadas y definidas al objeto del contrato para el mejoramiento continuo. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soportes en carpetas de gestion documental: Actas, formatos y registro.
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: Se apoyo en las actividades programadas y definidas al objeto del contrato para el mejoramiento continuo. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soportes en carpetas de gestion documental: Actas, formatos y registro.
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: Seguimiento a lineamientos, caja de herramientas y ficha técnica, acorde a la vigencia actual. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Apropiacion conceptual de lineamientos.
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: Participación en reuniones del entorno, de articulación y demas que se requieran para el cumplimiento del proceso. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta y listado de asistencia.
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: Diligenciamiento, revisión y entrega de fichas, formatos, documentos, bases o informes generados por las acciones o intervenciones correspondiente a la meta proyectada en los hogares comunitarios de bienestar familiar. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Fichas, formatos, documentos, bases o informes.
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: Se establece un proceso de identificación de necesidades en los HCB de las localidades, UPZ y barrios priorizados para la intervención del equipo de abordaje institucional. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos de actas.
9	1. OBLIGACIÓN: Activar y notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar proceso de canalización en los casos que requieren acceso a servicios para detección temprana o procesos de diagnóstico; según necesidad. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Base de canalizaciones, formato excel de canalizaciones.
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: Presenciar las diferentes asistencias técnicas programadas por la SDS o el entorno cuidador institucional, con la finalidad de brindar orientación a usuarios ante situación de salud pública actual. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Listados de asistencia.
11	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Productos debidamente organizados y archivados con la documentación generada, en el cumplimiento de sus acciones, de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Carpetas con los diferentes soportes correspondientes al proceso.
12	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: Apoyo a las obligaciones asignadas por el supervisor del contrato. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soportes físicos, medio magnético, lisado de asistencia y actas.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	80480408	**OPERADOR:**	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	SANITAS	17/10/2024	$ 200,000
PENSIÓN:	PORVENIR	17/10/2024	$ 255,900
RIESGOS LABORALES:	SURA	17/10/2024	$ 39,000
OTRO			$ -
	TOTAL PAGADO		**$ 494,900**

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

Mayra Sanchez

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MAYRA ALEJANDRA SANCHEZ MURILLO
CC: 1.031.167.029
CEL 3124795429

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACION FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION	CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/10/2024			
NOMBRES Y APELLIDOS:	MAYRA ALEJANDRA SANCHEZ MUR	CC:	1,031,167,029
		RUT (NIT):	1031167029-4
CORREO ELECTRÓNICO:	mayra.sanchez0108@gmail.com	TELÉFONO:	3124795429
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 80 K 85 B 09 SUR	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 DAVIVIENDA				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	0550488422096013

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	PS 5330 2023	N° CDP:	3525	N°. RP:	44453	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :1 AÑO(S) 5 MESES 15 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	6/05/2023	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	15/11/2024			TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 74,028,245
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 17/10/2024 AL 31/10/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 1,999,068					
	UN MILLÓN NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL SESENTA Y OCHO PESOS					

Mayra Sanchez

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MAYRA ALEJANDRA SANCHEZ MURILLO

C.C: 1,031,167,029

CEL: 3124795429

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	MAYRA ALEJANDRA SANCHEZ MURILLO
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1,031,167,029

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 5330 2023		FECHA INICIO CONTRATO		6/05/2023
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3,864,865				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 74,028,245		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 1,999,068
N° PAGO / N° DE INFORME:	12	N° CRP INICIAL:	20005	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	1236
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	1 AÑO(S) 5 MESES 15 DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	80480408		OPERADOR:	MI PLANILLA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GSP PSPIC - INSTITUCIONAL				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2LV HOSPITAL LA VICTORIA				
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	$ 1,890,423	CDP DE LA ADICIÓN:	1520	RP DE LA ADICIÓN:	23170	TIEMPO PRORROGADO:	10 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,346,266	CDP DE LA ADICIÓN:	1715	RP DE LA ADICIÓN:	25652	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 8,387,394	CDP DE LA ADICIÓN:	2106	RP DE LA ADICIÓN:	31664	TIEMPO PRORROGADO:	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,019,865	CDP DE LA ADICIÓN:	2800	RP DE LA ADICIÓN:	38641	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	CDP DE LA ADICIÓN:	3417	RP DE LA ADICIÓN:	41659	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,510,003	CDP DE LA ADICIÓN:	3850	RP DE LA ADICIÓN:	45700	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,408,882	CDP DE LA ADICIÓN:	4129	RP DE LA ADICIÓN:	51338	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,271,921	CDP DE LA ADICIÓN:	211	RP DE LA ADICIÓN:	11109	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ 3,346,266	CDP DE LA ADICIÓN:	399	RP DE LA ADICIÓN:	15872	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	CDP DE LA ADICIÓN:	489	RP DE LA ADICIÓN:	18584	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5,997,204	CDP DE LA ADICIÓN:	892	RP DE LA ADICIÓN:	20546	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	CDP DE LA ADICIÓN:	1322	RP DE LA ADICIÓN:	27278	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	CDP DE LA ADICIÓN:	1712	RP DE LA ADICIÓN:	31187	TIEMPO PRORROGADO:	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	CDP DE LA ADICIÓN:	2248	RP DE LA ADICIÓN:	35262	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 5,998,204	CDP DE LA ADICIÓN:	2562	RP DE LA ADICIÓN:	38985	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	CDP DE LA ADICIÓN:	3170	RP DE LA ADICIÓN:	42306	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	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: LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ PERFIL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE GESTION

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1031167029	MAYRA ALEJANDRA SANCHEZ MURILLO		kr 80k 82 b 29 sur	3124795429	mayra.sanchez0108@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
2024-09	2024-09	I	17/10/2024	80480408	TOTAL A PAGAR	
					$498.200	

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	200.000	0		0		0	9	1.300	0	201.300	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	255.900	0	0	0	0	9	1.700	0	257.600	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	39.000				39.000	9	300	39.300			390	39.300	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	9	0	0	0
ICBF				
0	9	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	200.000	201.300
Pensión	1	255.900	257.600
Riesgos Laborales	1	39.000	39.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	494.900	498.200

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	1031167029	MAYRA ALEJANDRA SANCHEZ MURILLO	kr 80k 82 b 29 sur	3124795429	mayra.sanchez0108@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	80480408	$498.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colilla	Sanción	Extranjero	Colilla, estudiar	Exonerado	IRP	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o 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	1031167029	SANCHEZ MURILLO MAYRA ALEJANDRA	57	0			N																	230301	1.599.254	255.900	0	0	0	0	EPS005	1.599.254	200.000	14-11	1.599.254	3	39.000		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DAVIVIENDA

BANCO DAVIVIENDA S.A.

CERTIFICA:

Que **MAYRA ALEJANDRA SANCHEZ MURILLO**, quien se identifica con **Cédula de ciudadanía** No. **1031167029** y es titular de la cuenta terminada en ****6013** , realizó el siguiente pago a través de :

Fecha del pago	Valor	Destino	Factura - Referencia	Número de Autorización
16/10/2024	$ 498.200,00	COMPENSAR-OI	986784319	86784319

Se expide en Bogotá, el 21-10-2024.

Atentamente,

BANCO DAVIVIENDA S.A.

Banco Davivienda S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA