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					
VALERIA RONDON RINCON					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1,014,279,476				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO GEOGRAFO 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 5339 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:	$ 76,161,245		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 1,999,068
N° DE INFORME:	13	**N° CRP:**	20014	**N° CDP:**	1236
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	1 AÑO(S) 5 MESES 15 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	$ 1,890,423	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1520	**CRP DE LA ADICIÓN:**	23178	**TIEMPO PRORROGADO:**	10 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,672,667	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1715	**CRP DE LA ADICIÓN:**	25659	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 8,387,394	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2106	**CRP DE LA ADICIÓN:**	31670	**TIEMPO PRORROGADO:**	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,780,380	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2800	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38647	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3417	**CRP DE LA ADICIÓN:**	41665	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,031,499	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3850	**CRP DE LA ADICIÓN:**	45706	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,408,882	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4129	**CRP DE LA ADICIÓN:**	51344	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,271,921	**CDP DE LA ADICIÓN:**	211	**CRP DE LA ADICIÓN:**	11115	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 3,346,266	**CDP DE LA ADICIÓN:**	399	**CRP DE LA ADICIÓN:**	15878	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	489	**CRP DE LA ADICIÓN:**	18590	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 6,206,223	**CDP DE LA ADICIÓN:**	892	**CRP DE LA ADICIÓN:**	20552	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1322	**CRP DE LA ADICIÓN:**	27284	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 5,313,605	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1712	**CRP DE LA ADICIÓN:**	31191	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,236	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**CRP DE LA ADICIÓN:**	35266	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 5,998,204	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38989	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**CRP DE LA ADICIÓN:**	42309	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**CRP DE LA ADICIÓN:**	44455	**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	

ÍTE M	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: *Generación de cartografia para el ASIS de las localidades de la subred, capítulo 1, 2 y 3 *Participación en mesas de trabajo realizadas por el equipo realizadas el 16, 24 y 30 de octubre *Realizar la mesa del componente geográfico *Aportes al análisis espacial de los documentos de ASIS *Elaboración cartografia para los documentos ASIS 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): *Documentos ASIS de las 6 localidades de la subred *Actas y listados de asistencia *Capas y salidas gráficas
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: *Elaboración y actualización del cronograma, de acuerdo a las actividades correspondiente al mes de octubre 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Cronograma del mes de octubre de actividades de acuerdo con las actividades laborales
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: *Elaboración de la matriz de análisis de información de los núcleos de inequidad del PTS. *Actas de alistamiento, diarios de campo, relatorias y/o los soportes que den cuenta del ejercicio participativo (Actas y listados de asistencia) realizados con la comunidad. *Elaboración de documento ASIS con el desarrollo del capítulo I. Configuración del territorio, Capítulo II. Condiciones sociales, económicas y de calidad de vida desde la perspectiva de los determinantes sociales de la
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: *Participación del proceso de pre-auditoria y revisión de soportes por parte de la líder del mes de octubre del 2024 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas y listados de asistencia
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: *Apropiación conceptual de la "Guía conceptual y metodológica para la construcción participativa del análisis de situación de salud (ASIS) en el territorio" el 17 de octubre y lectura del documento operativo y lineamientos del equipo ACCVSyE el 18 de octubre 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta y listado de asistencia
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: *Aporte espacial y generación de plantillas para la elaboración de mapas de los documentos ASIS 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Documento de indicadores locales y salidas gráficas
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: *Cargue del reporte de indicadores frente a: logros, avances y oportunidades de mejora de la actividad 1, 2 y 3 de Análisis de Indicadores *Aportes al informe bimesual 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Entrega de documento bimensual Cargue al aplicativo
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: *Convocar y dirigir la mesa del componente geográfico atendiendo a las solicitudes a demanda 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta y listado de asistencia
9	1. OBLIGACIÓN: Activar y notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: *Realizar cartografia a demanda de entornos y procesos transversales *Reunión convocada por la Dra. Lida para el mes de octubre
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: *Asistencias Técncias convocadas por las SDS 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas y 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: *Alistamiento de auditoría mes de octubre (documentos, mapas y matrices). *Carque de archivos correspondientes dispuesto por SDS para radicación 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Envío del correo y/o subida de los archivos correspondientes

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	80789026	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	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**

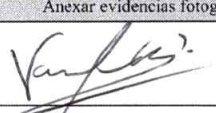
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del 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 periodo correspondiente



NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: VALERIA RONDON RINCON
CC: 1,014,279,476
CEL 3017919938

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:	VALERIA RONDON RINCON	**CC:**	1,014,279,476
		RUT (NIT):	1014279476-2
CORREO ELECTRÓNICO:	valerierondrr@gmail.com	**TELÉFONO:**	3017919938
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 73A 63F 57	**CIUDAD:**	BOGOTÁ

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.

NO tomaré costos y deducciones	**(X)**
SI tomaré costos y deducciones	**( )**

La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.

Régimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación	SI ( )	NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO CAJA SOCIAL				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**N° CUENTA:**	24066272553

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	PS 5339 2023	**N° CDP:**	3525	**N°. RP:**	44455	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: $ 76,161,245
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					

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: VALERIA RONDON RINCON

C.C: **1,014,279,476**
CEL: **3017919938**

	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-1A-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	VALERIA RONDON RINCON
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1,014,279,476

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO GEOGRAFO 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 5339 2023			FECHA INICIO CONTRATO	6/05/2023
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3,864,865				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 76,161,245			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 1,999,068
N° PAGO / N° DE INFORME:	13	N° CRP INICIAL:	20014	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:	80789026			OPERADOR:	MI PLANILLA
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GSP PSPIC - GESTION OPERATIVA				
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	$ 1,890,423	CDP DE LA ADICIÓN:	1520	RP DE LA ADICIÓN:	23178	TIEMPO PRORROGADO:	10 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,672,667	CDP DE LA ADICIÓN:	1715	RP DE LA ADICIÓN:	25659	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 8,387,394	CDP DE LA ADICIÓN:	2106	RP DE LA ADICIÓN:	31670	TIEMPO PRORROGADO:	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,780,380	CDP DE LA ADICIÓN:	2800	RP DE LA ADICIÓN:	38647	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	CDP DE LA ADICIÓN:	3417	RP DE LA ADICIÓN:	41665	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,031,499	CDP DE LA ADICIÓN:	3850	RP DE LA ADICIÓN:	45706	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,408,882	CDP DE LA ADICIÓN:	4129	RP DE LA ADICIÓN:	51344	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,271,921	CDP DE LA ADICIÓN:	211	RP DE LA ADICIÓN:	11115	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ 3,346,266	CDP DE LA ADICIÓN:	399	RP DE LA ADICIÓN:	15878	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	CDP DE LA ADICIÓN:	489	RP DE LA ADICIÓN:	18590	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 6,206,223	CDP DE LA ADICIÓN:	892	RP DE LA ADICIÓN:	20552	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	CDP DE LA ADICIÓN:	1322	RP DE LA ADICIÓN:	27284	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 5,313,605	CDP DE LA ADICIÓN:	1712	RP DE LA ADICIÓN:	31191	TIEMPO PRORROGADO:	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,236	CDP DE LA ADICIÓN:	2248	RP DE LA ADICIÓN:	35266	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 5,998,204	CDP DE LA ADICIÓN:	2562	RP DE LA ADICIÓN:	38989	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	CDP DE LA ADICIÓN:	3170	RP DE LA ADICIÓN:	42309	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	CDP DE LA ADICIÓN:	3525	RP DE LA ADICIÓN:	44455	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
	Ruth Vicky Quintana F. NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: RUTH VICKY QUINTANA FORERO PERFIL: LIDER ASIS

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	1014279476	VALERIA RONDON RINCON	KR 112F 72C 21 TORRE 9 APTO 603	4602624	VALE_01896@HOTMAIL.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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-09	2024-09	I	17/10/2024	80789026	$494.900	

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	200.000	0		0		0	0	0	0	200.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	255.900	0	0	0	0	0	0		255.900	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	0	0	39.000			390	39.000	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	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	200.000	200.000
Pensión	1	255.900	255.900
Riesgos Laborales	1	39.000	39.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	494.900	494.900

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	1014279476	VALERIA RONDON RINCON	KR 112F 72C 21 TORRE 9 APTO 603	4602624	VALE_01896@HOTMAIL.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
2024-09	2024-09	I	17/10/2024	80789026	$494.900

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
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
CC	1014279476	RONDON RINCON VALERIA	59	0			N																	230301	1.599.254	255.900	0	0	0	0	EPS008	1.599.254	200.000	14-11	1.599.254	3	39.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Banco Caja Social | Su banco amigo

Pago de servicios electrónicos

Resultado de la transacción

Transacción exitosa.

Apreciado cliente. Pago sujeto a aprobación. Para concluir, por favor seleccione la opción "Regresar al comercio" y verifique el estado final de la transacción. Si tiene algún inconveniente, comuníquese con la entidad con la que liquidó su planilla o con el comercio desde el cual está realizando la compra o pago.

FECHA Y HORA
16 octubre 2024 7:57 pm

DIRECCIÓN IP. 186.154.156.184

NÚMERO DE TRANSACCIÓN
APII4290328351279988

NÚMERO DE CONFIRMACIÓN
99887H3N

NOMBRE DEL COMERCIO	COMPENSAR-OI
NIT DEL COMERCIO	9998600669427
CÓDIGO DEL SERVICIO	99000
VALOR DE LA TRANSACCIÓN	$494.900,00
VALOR DEL IMPUESTO	$0,00
REFERENCIA DE PAGO	80789026
FECHA DE LA SOLICITUD	16 octubre 2024
REFERENCIA 1	
REFERENCIA 2	CC
REFERENCIA 3	1014279476
CÓDIGO DE LA TRANSACCIÓN (CUS)	986397923
CICLO DE LA TRANSACCIÓN	1
DESCRIPCIÓN DEL PAGO	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
CUENTA ORIGEN	Cuentamiga *******2553