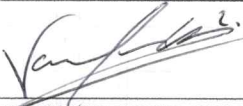
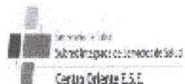
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-1A-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16									
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS 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:		\$ 78,160,313		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 3,998,136							
Nº DE INFORME:		15		Nº CRP:		20014		Nº CDP:		1236			
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		1 AÑO 6 MESES 25 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													
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		18		TIPO DE MODIFICACIÓN		ADICIONES		18		PRORROGAS		16	
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		\$ 1,999,068		CDP DE LA ADICIÓN:		3954		CRP DE LA ADICIÓN:		48435		TIEMPO PRORROGADO: 16 DIAS	
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
Nº DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	FECHA DE APROBACIÓN:		N/A
ÍTEM	IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)			
1	1. OBLIGACIÓN: Prestar sus servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: *Generación de cartografía 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 5 de noviembre *Realizar la mesa del componente geográfico el 26 de noviembre *Aportes al análisis espacial de los documentos de 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 noviembre 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): *Cronograma del mes de noviembre 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: *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 salud y los enfoques diferenciales y territoriales y Capítulo III. Situación de salud y calidad de vida en el territorio: morbilidad, mortalidad, problemáticas y necesidades sociales y ambientales que afectan la salud en el territorio. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): *Mapas realizados para productos del documento ASIS			
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 habitación y acreditación de servicios de salud. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: *Participación del proceso de pre-auditoría y revisión de soportes por parte de la líder del mes de noviembre del 2024			
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 y lectura del documento operativo y lineamientos del equipo ACCVSyE			
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: *Reuniones para acuerdos de el desarrollo de la sala situacional el 1 de noviembre *Articulación de Entorno Cuidador Laboral para requerimientos de cartografía a demanda			
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: *Hacer los aportes y ajustes correspondientes al documento ASIS 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): *Entrega del documento			
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			
9	1. OBLIGACIÓN: Activar y notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: *Realizar cartografía a demanda de entornos y procesos transversales *Realizar la cartografía para la sala situacional			
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 Técnicas convocadas por las SDS el 5 y 12 de noviembre 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 noviembre (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			
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: *Reunion de equipo ACCVSyE realizada el 5 de noviembre 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): *Acta y listado de asistencia			
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	81585706	OPERADOR:	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	COMPENSAR	18/11/2024	\$	200,000
PENSIÓN:	PORVENIR	18/11/2024	\$	255,900
RIESGOS LABORALES:	SURA	18/11/2024	\$	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 calculó sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a EPS, ARL, Pensión, 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 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: 30/11/2024

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	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	24066272553
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)					

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

N° DEL CONTRATO:	PS 5339 2023	N° CDP:	3525 - 3954	N° RP:	44455 - 48435	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: 1 AÑO 6 MESES 25 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	6/05/2023	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		1/12/2024		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 78,160,313

PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL	1/11/2024	AL	30/11/2024
--------------------------	-----	-----------	----	------------

VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 3,998,136
	TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CIENTO TREINTA Y SEIS PESOS

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 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:		\$ 78,160,313			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 3,998,136
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		15 de 15		Nº CRP INICIAL:		20014	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		1 AÑO 6 MESES 25 DIAS					
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		81585706		OPERADOR:		MI PLANILLA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		GSP PSPIC - MACRO, MESO Y MICRO					
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							
Nº DE MODIFICACIÓN:	18	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICIÓN (18)	PRÓRROGA (16)
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	\$ 1,999,068	CDP DE LA ADICIÓN:	3954	RP DE LA ADICIÓN:	48435	TIEMPO PRORROGADO:	16 DIAS
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:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS (SI APLICA)

Nº DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	N/A

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

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

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

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago, CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del 1/11/2024 al 30/11/2024

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:
RUTH VICKY QUINTANA FORERO
PERFIL:
LIDER ASIS

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

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.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS 1
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC 0
					TOTAL A PAGAR
2024-10	2024-10	I	18/11/2024	61585706	\$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. Afiliado
					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	Días 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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
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.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
					1
					0
					TOTAL A PAGAR
2024-10	2024-10	I	18/11/2024	81585706	\$494.900

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF		PARAFISCALES																		
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Bolivia	Extranjero	Código exterior	Exonerado	BOG	RET	TAE	TAP	TAP	VAP	VET	BLN	ROE	UAC	UAC	AVP	VCT	REL	CONEXIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari 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	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

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

17 noviembre 2024 9:11 am

DIRECCIÓN IP: 201.245.243.2

NÚMERO DE TRANSACCIÓN

APII4322323382080044

NÚMERO DE CONFIRMACIÓN

0044DFKL

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	81585706
FECHA DE LA SOLICITUD	17 noviembre 2024
REFERENCIA 1	
REFERENCIA 2	CC
REFERENCIA 3	1014279476
CÓDIGO DE LA TRANSACCIÓN (CUS)	1056580915
CICLO DE LA TRANSACCIÓN	1
DESCRIPCIÓN DEL PAGO	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
CUENTA ORIGEN	Cuentamiga *****2553