		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													
CARMEN ELENA PARADA COLLAZOS													
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			52,214,635										
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN PSICOLOGIA 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 4168 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:		\$ 118,686,909		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 2,921,644							
Nº DE INFORME:		11		Nº CRP:		11203		Nº 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													
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		18		TIPO DE MODIFICACIÓN		ADICIONES		18		PRORROGAS		16	
VALOR ADICIONADO		\$ 6,987,808		CDP DE LA ADICIÓN:		1161		CRP DE LA ADICIÓN:		18510		TIEMPO PRORROGADO: 1 MES	
VALOR ADICIONADO		\$ 2,762,859		CDP DE LA ADICIÓN:		1520		CRP DE LA ADICIÓN:		22503		TIEMPO PRORROGADO: 15 DIAS	
VALOR ADICIONADO		\$ 5,144,634		CDP DE LA ADICIÓN:		1715		CRP DE LA ADICIÓN:		25007		TIEMPO PRORROGADO: 2 MESES	
VALOR ADICIONADO		\$ 14,989,304		CDP DE LA ADICIÓN:		2106		CRP DE LA ADICIÓN:		31021		TIEMPO PRORROGADO: 23 DIAS	
VALOR ADICIONADO		\$ 5,875,045		CDP DE LA ADICIÓN:		2800		CRP DE LA ADICIÓN:		38034		TIEMPO PRORROGADO: 1 MES	
VALOR ADICIONADO		\$ 5,843,288		CDP DE LA ADICIÓN:		3417		CRP DE LA ADICIÓN:		41078		TIEMPO PRORROGADO: 1 MES	
VALOR ADICIONADO		\$ 4,444,223		CDP DE LA ADICIÓN:		3850		CRP DE LA ADICIÓN:		45163		TIEMPO PRORROGADO: 1 MES	
VALOR ADICIONADO		\$ 3,515,973		CDP DE LA ADICIÓN:		4129		CRP DE LA ADICIÓN:		50773		TIEMPO PRORROGADO: 2 MESES Y 13 DIAS	
VALOR ADICIONADO		\$ 6,243,426		CDP DE LA ADICIÓN:		211		CRP DE LA ADICIÓN:		10547		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		\$ 4,890,578		CDP DE LA ADICIÓN:		399		CRP DE LA ADICIÓN:		15306		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		\$ 3,715,569		CDP DE LA ADICIÓN:		489		CRP DE LA ADICIÓN:		18050		TIEMPO PRORROGADO: 1 MES	
VALOR ADICIONADO		\$ 10,830,894		CDP DE LA ADICIÓN:		892		CRP DE LA ADICIÓN:		20014		TIEMPO PRORROGADO: 1 MES Y 15 DIAS	
VALOR ADICIONADO		\$ 5,843,288		CDP DE LA ADICIÓN:		1322		CRP DE LA ADICIÓN:		26770		TIEMPO PRORROGADO: 1 MES Y 1 DIA	
VALOR ADICIONADO		\$ 5,843,288		CDP DE LA ADICIÓN:		1712		CRP DE LA ADICIÓN:		30752		TIEMPO PRORROGADO: 30 DIAS	
VALOR ADICIONADO		\$ 5,843,288		CDP DE LA ADICIÓN:		2248		CRP DE LA ADICIÓN:		34837		TIEMPO PRORROGADO: 1 MES Y 1 DIA	
VALOR ADICIONADO		\$ 8,765,932		CDP DE LA ADICIÓN:		2562		CRP DE LA ADICIÓN:		38576		TIEMPO PRORROGADO: 1 MES Y 15 DIAS	
VALOR ADICIONADO		\$ 5,843,288		CDP DE LA ADICIÓN:		3170		CRP DE LA ADICIÓN:		41918		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:	
III. POLIZAS													
¿FACTÓ 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			
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)													
ÍTE M													

1	<p>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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: 1. Verificación acta espacio de direccionamiento</p> <p>2. Asistencia técnica proceso de análisis y políticas 22/10/2024</p> <p>3. generalidades convenio GSP PSPIC 21/10/2024</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 1. Ficha técnica, acta y correo de convocatoria</p> <p>2. Anexo 1 agenda estratégica local</p>
2	<p>1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: 1. Se presenta el cronograma personal y de instancias de participación ejecutado para el mes de octubre 2024 y se realiza la proyección de instancias del mes de noviembre 2024</p> <p>2. Se realiza actualización de las reuniones de instancias de participación del mes</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 1. Diligenciamiento de cronograma de instancias y personal 1 a 15 de octubre y actualización del mismo período</p>
3	<p>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</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: 1. Reunión equipo local mártires 23/10/2024</p> <p>2. Asistencia técnica proceso de análisis y políticas 22/10/2024</p> <p>3. generalidades convenio GSP PSPIC 21/10/2024</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 1. Acta y listado de asistencia</p> <p>2. Acta y listado de asistencia</p>
4	<p>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</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: 1. Preauditorias equipo local; ; precautoria Política Pública étnica</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 1. Listado de asistencia</p> <p>2. Actas y listado de asistencia</p>
5	<p>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</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: 1. Reunión de fortalecimiento de nuevos documentos de plan de desarrollo distrital y modelo territorial de salud a equipo local</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 1. Acta y listado de asistencia</p>
6	<p>1. OBLIGACIÓN: Gestionar y hacer seguimiento a las canalizaciones del proceso a cargo</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: 1. Verificación del tablero de control de canalizaciones del Sistema Integral de Referencia y Contrarreferencia SIRC - SCO</p> <p>2. Gestión de casos migrantes localidad los mártires, anexo 5</p> <p>3. Verificación de Problemáticas Colectivas - PCO con el delegado ambiental</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 1. Tablero SIRC</p> <p>2. Anexo 5 diligenciado</p> <p>3. Matriz de PCO verificada</p>
7	<p>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</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: 1. Seguimiento retrospectivo junio julio 2024</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 1. Acta y listado de asistencia</p>
8	<p>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</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: 1. Diligenciamiento de indicadores SDS</p> <p>2. Anexo 1 (diligenciamiento y envío)</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 1. Plataforma indicadores SDS</p>
9	<p>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</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: no referidos para el periodo del 17 a 31 de octubre</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): no aplica</p>
10	<p>1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Organización de soportes (actas y listados de asistencia correspondiente al año 2023)</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): fluid</p>
11	<p>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</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Reunión GIFMM 23/10/2024</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): acta y listado de asistencia</p>

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	80489496	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	17/10/2024	\$ 292,200
PENSIÓN:	PORVENIR	17/10/2024	\$ 374,000
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	17/10/2024	\$ 57,000
OTRO	CCF COMPENSAR	17/10/2024	\$ 14,100
TOTAL PAGADO			\$ 737,300

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 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

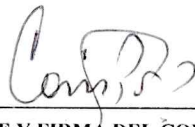
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CARMEN ELENA PARADA COLLAZOS

CC: 52.214.635

CEL 3105869464

	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:	CARMEN ELENA PARADA COLLAZOS	CC: 52,214,635
		RUT (NIT): 52214635-5
CORREO ELECTRÓNICO:	celenaparadae@gmail.com	TELÉFONO: 3105869464
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 1 C 52 27	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 DAVIVIENDA	
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)	TIPO DE CUENTA: AHORROS	Nº CUENTA: 009500670287
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)		
Nº DEL CONTRATO:	PS 4168 2023	Nº CDP: 3170 Nº. RP: 41918 PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 1 AÑO(S) 6 MESES 20 DÍAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	27/03/2023	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: 15/10/2024 TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 118,686,909
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 1/10/2024 AL 15/10/2024	
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 2,921,644 DOS MILLONES NOVECIENTOS VEINTIUN MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS	
		
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CARMEN ELENA PARADA COLLAZOS		
C.C:	52,214,635	
CEL:	3105869464	

		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				CARMEN ELENA PARADA COLLAZOS			
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD				52,214,635			
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN PSICOLOGIA 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 4168 2023		FECHA INICIO CONTRATO		27/03/2023
VALOR INICIAL DEL CONTRATO			\$ 5,460,936				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 118,686,909			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 2,921,644
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		11		Nº CRP INICIAL:	11203	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	626
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		1 AÑO(S) 6 MESES 20 DIAS					
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:			80489496		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							
Nº DE MODIFICACIÓN:	18	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):				18	16
VALOR ADICIONADO	\$ 6,987,808	CDP DE LA ADICIÓN:	1161	RP DE LA ADICIÓN:	18510	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 2,762,859	CDP DE LA ADICIÓN:	1520	RP DE LA ADICIÓN:	22503	TIEMPO PRORROGADO:	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 5,144,634	CDP DE LA ADICIÓN:	1715	RP DE LA ADICIÓN:	25007	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES
VALOR ADICIONADO	\$ 14,989,304	CDP DE LA ADICIÓN:	2106	RP DE LA ADICIÓN:	31021	TIEMPO PRORROGADO:	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 5,875,045	CDP DE LA ADICIÓN:	2800	RP DE LA ADICIÓN:	38034	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 5,843,288	CDP DE LA ADICIÓN:	3417	RP DE LA ADICIÓN:	41078	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 4,444,223	CDP DE LA ADICIÓN:	3850	RP DE LA ADICIÓN:	45163	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 3,515,973	CDP DE LA ADICIÓN:	4129	RP DE LA ADICIÓN:	50773	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 6,243,426	CDP DE LA ADICIÓN:	211	RP DE LA ADICIÓN:	10547	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	\$ 4,890,578	CDP DE LA ADICIÓN:	399	RP DE LA ADICIÓN:	15306	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	\$ 3,715,569	CDP DE LA ADICIÓN:	489	RP DE LA ADICIÓN:	18050	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 10,830,894	CDP DE LA ADICIÓN:	892	RP DE LA ADICIÓN:	20014	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 5,843,288	CDP DE LA ADICIÓN:	1322	RP DE LA ADICIÓN:	26770	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	\$ 5,843,288	CDP DE LA ADICIÓN:	1712	RP DE LA ADICIÓN:	30752	TIEMPO PRORROGADO:	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 5,843,288	CDP DE LA ADICIÓN:	2248	RP DE LA ADICIÓN:	34837	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	\$ 8,765,932	CDP DE LA ADICIÓN:	2562	RP DE LA ADICIÓN:	38576	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 5,843,288	CDP DE LA ADICIÓN:	3170	RP DE LA ADICIÓN:	41918	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:	

III. POLIZAS (SI APLICA)

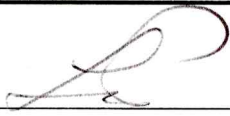
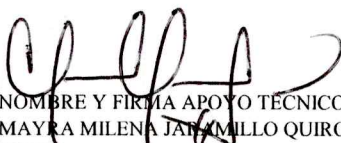
Nº DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	N/A

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 1/10/2024 al 15/10/2024

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 TÉCNICO DEL SUPERVISOR: MAYRA MILENA JARAMILLO QUIROZ PERFIL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE GESTION

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52214635	CARMEN ELENA PARADA COLLAZOS	calle 1 c numero 53-27	6942032	ccparada27@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 (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS 1 TOTAL A PAGAR
					UPC 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				
2024-09	2024-09	I	17/10/2024	80489496	\$742.200

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	292.200	0		0		0	9	1.900	0	294.100	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	374.000	0	0	0	0	9	2.500	0	376.500	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. Autorización	Valor									
14-7	Seguros Bolívar S.A.	860002503-2	57.000				57.000	9	400	57.400			570	57.400

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	14.100	9	100	14.200	1

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	292.200	294.100
Pensión	1	374.000	376.500
Riesgos Laborales	1	57.000	57.400
CCF	1	14.100	14.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	737.300	742.200

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52214635	CARMEN ELENA PARADA COLLAZOS		calle 1 c numero 53-27	6942032	ccparada27@hotmail.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
					TOTAL A PAGAR
2024-09	2024-09	I	17/10/2024	80489496	\$742.200

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD		RIESGOS LABORALES		CCF		PARAFISCALES									
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Contable	Bolivia	Extranjero	Columna exterior	Extranjero	ING	RET	TYPE	TYPE	TYPE	TYPE	TYPE	TYPE	TYPE	TYPE	TYPE	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	52214635	PARADA COLLAZOS CARMEN ELENA	57	0		N													230301	2.337.315	374.000	0	0	0	0	EP8006	2.337.315	292.200	14-7	2.337.315	3	57.000	CCF24	2.337.315	14.100	0	0	0	0	0

PAGADA

Pago PSE**Resultado de su transacción****Código único CUS**

986316650

Destino de pago

COMPENSAR-OI

Motivo

MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha

16/10/2024

Número de aprobación

00316650

Dirección IP

186.84.88.184

Valor transacción

\$ 742.200,00

Costo de la transacción

\$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1**Referencia 2**

CC

Referencia 3

52214635