	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					
INGRID ISABEL ORTEGA CASTAÑEDA					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	52,446,531				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN MEDICINA VETERINARIA ESPECIALISTA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4984 2023	FECHA INICIO CONTRATO	28/03/2023		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4,886,120	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	UN (1) MES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 114,810,798	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 2,921,644		
Nº DE INFORME:	11	Nº CRP:	11838	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 MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	18	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	18	PRORROGAS	16	
VALOR ADICIONADO	$ 6,141,858	CDP DE LA ADICIÓN:	1161	CRP DE LA ADICIÓN:	19127	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,199,859	CDP DE LA ADICIÓN:	1520	CRP DE LA ADICIÓN:	23101	TIEMPO PRORROGADO:	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,906,111	CDP DE LA ADICIÓN:	1715	CRP DE LA ADICIÓN:	25587	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 12,530,501	CDP DE LA ADICIÓN:	2106	CRP DE LA ADICIÓN:	31599	TIEMPO PRORROGADO:	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5,875,045	CDP DE LA ADICIÓN:	2800	CRP DE LA ADICIÓN:	38585	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5,843,288	CDP DE LA ADICIÓN:	3417	CRP DE LA ADICIÓN:	41606	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5,187,447	CDP DE LA ADICIÓN:	3850	CRP DE LA ADICIÓN:	45649	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,515,973	CDP DE LA ADICIÓN:	4129	CRP DE LA ADICIÓN:	51287	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 6,243,426	CDP DE LA ADICIÓN:	211	CRP DE LA ADICIÓN:	11058	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ 4,890,578	CDP DE LA ADICIÓN:	399	CRP DE LA ADICIÓN:	15821	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ 5,843,288	CDP DE LA ADICIÓN:	489	CRP DE LA ADICIÓN:	18538	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 8,764,932	CDP DE LA ADICIÓN:	892	CRP DE LA ADICIÓN:	20498	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5,843,288	CDP DE LA ADICIÓN:	1322	CRP DE LA ADICIÓN:	27233	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 5,843,288	CDP DE LA ADICIÓN:	1712	CRP DE LA ADICIÓN:	31155	TIEMPO PRORROGADO:	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5,843,288	CDP DE LA ADICIÓN:	2248	CRP DE LA ADICIÓN:	35231	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 8,765,932	CDP DE LA ADICIÓN:	2562	CRP DE LA ADICIÓN:	38957	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5,843,288	CDP DE LA ADICIÓN:	3170	CRP DE LA ADICIÓN:	42280	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5,843,288	CDP DE LA ADICIÓN:	3525	CRP DE LA ADICIÓN:	44434	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

¿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

Powered by CamScanner

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. OBLIGACION: 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: Desarrollo de actividades como lider operativo de la linea de intervencion Alimentos Sanos y Seguros dentro la unidad de vigilancia sanitaria. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Productos realizados como lider operativo lineamientos mes de octubre 2024. en medio fisico y magnetico.
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizacion de cronograma de las actividades a desarrollar del mes de octubre 2024 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soporte en medio magnetico o fisico
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: Desarrollo de actividades de planeacion y seguimiento tecnico de los funcionarios en el mes de octubre 2024 , materializado en el envio de metas al equipo de trabajo, recepcion de trabajo y revision de los soportes o actas de las diferentes intervenciones, seguimientos en campo de funcionarios y las demas actividades que requiera la coordinacion. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos fisicos de actas de reunion, reinduccion y planeacion al equipo operativo, seguimientos retrospectivos y concurrentes y archivos en medio magnetico producto de la informacion.
4	1. OBLIGACION: 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: Realizacion de las actividades inherentes al objeto del contrato como lider operativo con el fin de garantizar la calidad de los planes de mejoramiento continuo 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Planes de mejoramiento documentados e implementados de conformidad con los hallazgos evidenciados en las acciones de seguimiento y evaluacion de los equipos operativos.
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: Desarrollo de actividades como lider operativo de la linea de intervencion Alimentos Sanos y Seguros dentro la unidad de vigilancia sanitaria. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Productos realizados como lider operativo lineamientos mes de octubre 2024. en medio fisico y magnetico.
6	1. OBLIGACIÓN: Realizar las visitas de inspección. Vigilancia y control, desde su perfil. Verificando el cumplimiento de las condiciones higiénicas y sanitarias descritas en la Ley 9 de 1979 y sus normas reglamentarias en los bienes y servicios a establecimientos objeto de la vigilancia Sanitaria y de las diferentes lineas de intervención de la vigilancia de la Salud Ambiental conforme a los lineamientos, anexos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Apoyo tecnico a perfiles de la linea de alimentos sanos y seguros y seguimiento de las actividades desasrrolladas por el equipo. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soportes de seguimiento.
7	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Garantizar el archivo digital de las actad de las diferentes intervenciones realizadas por el equipo. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Drive de scaner mes de octubre 2024
8	1. OBLIGACIÓN: Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Desarrollo de actividades como lider operativo de la linea de intervencion Alimentos Sanos y Seguros dentro la unidad de vigilancia sanitaria. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Productos realizados como lider operativo lineamientos mes de octubre 2024. en medio fisico y magnetico.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	80297915	**OPERADOR:**	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	COMPENSAR	8/10/2024	$ 292,200
PENSIÓN:	PROTECCION	8/10/2024	$ 374,000
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	8/10/2024	$ 57,000
OTRO	CCF COMPENSAR	8/10/2024	$ 46,800
	TOTAL PAGADO		**$ 770,000**

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

Ingrid Ortega C

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: INGRID ISABEL ORTEGA CASTAÑEDA
CC: 52,446,531
CEL 3118000676

Powered by CamScanner

Secretaría Distrital de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-014** **VERSIÓN: 6** **FECHA: 2024-09-16**

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/10/2024

NOMBRES Y APELLIDOS:	INGRID ISABEL ORTEGA CASTAÑEDA	**CC:**	52,446,531
		RUT (NIT):	52446531-3
CORREO ELECTRÓNICO:	ingrithortega79@gmail.com	**TELÉFONO:**	3118000676
DIRECCIÓN DOMICILIO:	DG 33A SUR 8 21 ESTE	**CIUDAD:**	BOGOTA

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:**	008400744572

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

N° DEL CONTRATO:	PS 4984 2023	**N° CDP:**	3170	**N°. RP:**	42280	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :1 AÑO(S) 6 MESES 20 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	28/03/2023	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		15/10/2024		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 114,810,798
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 1/10/2024 AL 15/10/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 2,921,644					
	DOS MILLONES NOVECIENTOS VEINTIUN MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS					

Ingrid Ortega C

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: INGRID ISABEL ORTEGA CASTAÑEDA

C.C: **52,446,531**

CEL: **3118000676**

Powered by CamScanner

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	INGRID ISABEL ORTEGA CASTAÑEDA
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	52,446,531

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN MEDICINA VETERINARIA ESPECIALISTA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4984 2023		FECHA INICIO CONTRATO		28/03/2023
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4,886,120				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 114,810,798		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 2,921,644
N° PAGO / N° DE INFORME:	11	N° CRP INICIAL:	11838	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	626
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	1 AÑO(S) 6 MESES 20 DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	80297915		OPERADOR:	MI PLANILLA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GSP PSPIC - VSA				
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:	18	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				18	16
VALOR ADICIONADO	$ 6,141,858	CDP DE LA ADICIÓN:	1161	RP DE LA ADICIÓN:	19127	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,199,859	CDP DE LA ADICIÓN:	1520	RP DE LA ADICIÓN:	23101	TIEMPO PRORROGADO:	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,906,111	CDP DE LA ADICIÓN:	1715	RP DE LA ADICIÓN:	25587	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 12,530,501	CDP DE LA ADICIÓN:	2106	RP DE LA ADICIÓN:	31599	TIEMPO PRORROGADO:	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5,875,045	CDP DE LA ADICIÓN:	2800	RP DE LA ADICIÓN:	38585	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5,843,288	CDP DE LA ADICIÓN:	3417	RP DE LA ADICIÓN:	41606	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5,187,447	CDP DE LA ADICIÓN:	3850	RP DE LA ADICIÓN:	45649	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,515,973	CDP DE LA ADICIÓN:	4129	RP DE LA ADICIÓN:	51287	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 6,243,426	CDP DE LA ADICIÓN:	211	RP DE LA ADICIÓN:	11058	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ 4,890,578	CDP DE LA ADICIÓN:	399	RP DE LA ADICIÓN:	15821	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ 5,843,288	CDP DE LA ADICIÓN:	489	RP DE LA ADICIÓN:	18538	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 8,764,932	CDP DE LA ADICIÓN:	892	RP DE LA ADICIÓN:	20498	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5,843,288	CDP DE LA ADICIÓN:	1322	RP DE LA ADICIÓN:	27233	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 1 DIA

Powered by CamScanner

VALOR ADICIONADO	$ 5,843,288	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1712	**RP DE LA ADICIÓN:**	31155	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5,843,288	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**RP DE LA ADICIÓN:**	35231	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 8,765,932	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**RP DE LA ADICIÓN:**	38957	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5,843,288	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**RP DE LA ADICIÓN:**	42280	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5,843,288	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**RP DE LA ADICIÓN:**	44434	**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)

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 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 TECNICO DEL SUPERVISOR:
JAVIER RICARDO PEÑUELA PEREZ
PERFIL:
PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE GESTION

Powered by CamScanner

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	52446531	INGRID ISABEL ORTEGA CASTAÑEDA		DG 32D SUR 8 21 ESTE	3118000676	ingrthortega79@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	08/10/2024	80297915	$770.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias 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	0	0	0	292.200	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	374.000	0	0	0	0	0	0		374.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	57.000				57.000	0	0	57.000			570	57.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	46.800	0	0	46.800	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Dias 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	292.200	292.200
Pensión	1	374.000	374.000
Riesgos Laborales	1	57.000	57.000
CCF	1	46.800	46.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	770.000	770.000

COPIA

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

Powered by CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52446531	INGRID ISABEL ORTEGA CASTAÑEDA	DG 32D SUR 8 21 ESTE	3118000676	ingnthortega79@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	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	08/10/2024	80297915	$770.000	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Extranjero	Colombiano en el exterior	Estudiante	Corrección	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL		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	52446531	ORTEGA CASTAÑEDA INGRID ISABEL	56	0		N																	230201	2.337.320	374.000	0	0	0	0	EPS008	2.337.320	292.200	14-7	2.337.320	3	57.000	CCF24	2.337.320	46.800	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO

Powered by CamScanner

Gmail Ingrid Ortega <ingrithortega79@gmail.com>

Fwd: PSE Transacción Aprobada - CUS 967477141

1 mensaje

Ingrid Isabel Ortega Castañeda <ingrith_ortega@hotmail.com> 20 de octubre de 2024, 13:52
Para: ingrithortega79@gmail.com

---------- Mensaje reenviado ----------
De: serviciopse@achcolombia.com.co
Fecha: 8 oct 2024 8:03 a. m.
Asunto: PSE Transacción Aprobada - CUS 967477141
Para: ingrith_ortega@hotmail.com
Cc:

¡Hola, ORTEGA CASTAÑEDA INGRID ISABEL!

Gracias por utilizar los servicios de BANCO DAVIVIENDA y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: **Aprobada**
CUS: 967477141
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transacción: $ 770.000
Fecha de Transacción: 08/10/2024

Powered by CamScanner