	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					
AURA LUCIA BARRERA ORDOÑEZ					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	52.482.115				
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 4173 2023	**FECHA INICIO CONTRATO**	27/03/2023		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.886.120	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	UN (1) MES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 112.589.074	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 5.228.176		
N° DE INFORME:	17	**N° CRP:**	11207	**N° CDP:**	626
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	1 AÑO 8 MESES 4 DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6BH CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 29				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	19	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	19	**PRORROGAS**	17	
VALOR ADICIONADO	$ 6.280.582	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1161	**CRP DE LA ADICIÓN:**	18515	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.040.298	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1520	**CRP DE LA ADICIÓN:**	22508	**TIEMPO PRORROGADO:**	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3.949.546	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1715	**CRP DE LA ADICIÓN:**	25012	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 14.078.322	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2106	**CRP DE LA ADICIÓN:**	31026	**TIEMPO PRORROGADO:**	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 7.046.672	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2800	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38039	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5.796.456	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3417	**CRP DE LA ADICIÓN:**	41083	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.582.282	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3850	**CRP DE LA ADICIÓN:**	45168	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.511.953	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4129	**CRP DE LA ADICIÓN:**	50778	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5.829.557	**CDP DE LA ADICIÓN:**	211	**CRP DE LA ADICIÓN:**	10551	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 4.716.724	**CDP DE LA ADICIÓN:**	399	**CRP DE LA ADICIÓN:**	15310	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 5.569.144	**CDP DE LA ADICIÓN:**	489	**CRP DE LA ADICIÓN:**	18054	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 8.978.692	**CDP DE LA ADICIÓN:**	892	**CRP DE LA ADICIÓN:**	20018	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4.868.280	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1322	**CRP DE LA ADICIÓN:**	26774	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 5.312.566	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1712	**CRP DE LA ADICIÓN:**	30756	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5.228.176	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**CRP DE LA ADICIÓN:**	34841	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 7.843.264	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38580	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5.228.176	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**CRP DE LA ADICIÓN:**	41922	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5.228.176	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**CRP DE LA ADICIÓN:**	44141	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.614.088	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3954	**CRP DE LA ADICIÓN:**	48146	**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
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: Se realiza asistencias tecnicas para los subsistema de Salud Mental SIVIM, SISVECOS , SIVELCE en el Distrito 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\192.168.103.57\sivigila_24\250_46_8_PRODUCTOS_SIVIGILA\33_LINEA_155
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se efectúa ajuste diario de cronograma del mes de noviembre, acorde a actividades realizadas 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\192.168.103.57\sivigila_24\250_46_8_PRODUCTOS_SIVIGILA\33_LINEA_155
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 hace entrega de soportes correspondientes a cada una de las actividades realizadas garantizando calidad y oportunidad. Se realiza alistamiento de soportes. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\192.168.103.57\sivigila_24\250_46_8_PRODUCTOS_SIVIGILA\33_LINEA_155
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 realiza asistencias tecnicas para los subsistema de Salud Mental SIVIM, SISVECOS , SIVELCE, VESPA en el Distrito Participación en socializaciones de resultados con la Subred Norte, Subred Centro Oriente, Subred Sur Occidente, Subred Sur y SDS 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\192.168.103.57\sivigila_24\250_46_8_PRODUCTOS_SIVIGILA\33_LINEA_155
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: Lectura y apropiación de lineamientos de la vigencia - anexos tecnicos y cajas de herramientas Verificación de documentos de actualización y protocolos de los eventos de salud mental Participación en reunión de salud mental con referentes distritales SDS 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\192.168.103.57\sivigila_24\250_46_8_PRODUCTOS_SIVIGILA\33_LINEA_155
6	1. OBLIGACIÓN: Realizar acciones y asesorías integrales extramurales a la población asignada a nivel individual, familiar y colectivo, desde su perfil profesional especializado y conforme a los anexos y Lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre la subred con el Fondo Financiero-SDS. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar asistencias técnicas, participacion en reuniones de área, participación en reunión de equipo - Linea 185 y otras, según corresponda. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\192.168.103.57\sivigila_24\250_46_8_PRODUCTOS_SIVIGILA\33_LINEA_155
7	1. OBLIGACIÓN: Realizar el direccionamiento técnico según los lineamientos distritales del sistema de vigilancia epidemiológica en la red de prestadores públicos y privados. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza gestión informática como apoyo profesional Especializado según el Requerimiento del área de la linea 185 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\192.168.103.57\sivigila_24\250_46_8_PRODUCTOS_SIVIGILA\33_LINEA_155
8	1. OBLIGACIÓN: Realizar intervenciones epidemiológicas de campo, bloqueo y búsqueda activa comunitaria de los eventos de interés en salud pública, según demanda nuevo VSP. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza asistencias tecnicas para los subsistema de Salud Mental en el Distrito 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\192.168.103.57\sivigila_24\250_46_8_PRODUCTOS_SIVIGILA\33_LINEA_155
9	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 realiza asistencias tecnicas para los subsistema de Salud Mental en el Distrito 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\192.168.103.57\sivigila_24\250_46_8_PRODUCTOS_SIVIGILA\33_LINEA_155
10	1. OBLIGACIÓN: Ejecutar las políticas y programas de la dimensión en salud publica en emergencias y desastres para las intervenciones realizadas en atención de brotes, en los sistemas de información de la vigilancia epidemiológica. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: No se realiza actividad para el periodo reportado 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\192.168.103.57\sivigila_24\250_46_8_PRODUCTOS_SIVIGILA\33_LINEA_155
11	1. OBLIGACIÓN: Apoyar los procesos de salud pública en emergencias y desastres establecidos en el marco del contrato PIC contemplados en las políticas, planes, nacionales. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: No se realiza actividad para el periodo reportado 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\192.168.103.57\sivigila_24\250_46_8_PRODUCTOS_SIVIGILA\33_LINEA_155
12	1. OBLIGACIÓN: Realizar análisis de situación en salud de los eventos de interés en salud pública desde los diferentes entornos y componentes del PSPIC para la toma de decisiones. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar asistencias técnicas, asistencia y participacion en reuniones de área, participación en reunión de equipo - Linea 185 y otras, según corresponda. Participación en socializaciones de resultados con la Subred Norte, Subred Centro Oriente, Subred Sur Occidente, Subred Sur y SDS 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\192.168.103.57\sivigila_24\250_46_8_PRODUCTOS_SIVIGILA\33_LINEA_155

13	1. OBLIGACIÓN: Realizar actividades, ejecución, orientación, coordinación y/o apoyo de eventos de interés en salud pública, bajo los lineamientos y protocolos establecidos a nivel distrital y nacional. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar asistencias técnicas, asistencia y participacion en reuniones de área, participación en reunión de equipo - Linea 185 y otras, según corresponda. Participación en socializaciones de resultados con la Subred Norte, Subred Centro Oriente, Subred Sur Occidente, Subred Sur y SDS 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\192.168.103.57\sivigila_24\250_46_8_PRODUCTOS_SIVIGILA\33_LINEA_155
14	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza gestión informática como apoyo profesional según el Requerimiento del área de fortalecimiento en asistencias tecnicas 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\192.168.103.57\sivigila_24\250_46_8_PRODUCTOS_SIVIGILA\33_LINEA_155
15	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: Se realiza entrega de obligaciones adicionales como formatos de cuentas de cobro, preauditoria e informe de actividades. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\192.168.103.57\sivigila_24\250_46_8_PRODUCTOS_SIVIGILA\33_LINEA_155

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	80941006	**OPERADOR:**	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	COMPENSAR	18/11/2024	$ 262.600
PENSIÓN:	PORVENIR	18/11/2024	$ 336.100
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	18/11/2024	$ 51.200
OTRO	CCF COMPENSAR	18/11/2024	$ 42.100
TOTAL PAGADO			**$ 692.000**

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 calculó 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 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

Aura L. Barrera

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: AURA LUCIA BARRERA ORDOÑEZ
CC: 52.482.115
CEL 3138519108

Subred Integrada de Servicios 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: 30/11/2024			
NOMBRES Y APELLIDOS:	AURA LUCIA BARRERA ORDOÑEZ	**CC:**	52.482.115
		RUT (NIT):	52482115-5
CORREO ELECTRÓNICO:	alluba.08@gmail.com	**TELÉFONO:**	3138519108
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 97 24 32	**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 DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**N° CUENTA:**	1900221902

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	PS 4173 2023	**N° CDP:**	3525 - 3954	**N°. RP:**	44141 - 48146	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: 1 AÑO 8 MESES 4 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	27/03/2023	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		1/12/2024		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 112.589.074
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 1/11/2024 AL 30/11/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 5.228.176					
	CINCO MILLONES DOSCIENTOS VEINTIOCHO MIL CIENTO SETENTA Y SEIS PESOS					

Aura L. Barrera

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: AURA LUCIA BARRERA ORDOÑEZ

CC: **52.482.115**

CEL: **3138519108**

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud 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	AURA LUCIA BARRERA ORDOÑEZ				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	52.482.115				
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 4173 2023		**FECHA INICIO CONTRATO**	27/03/2023	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.886.120				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 112.589.074		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 5.228.176	
N° PAGO / N° DE INFORME:	17 de 17	**N° CRP INICIAL:**	11207	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	626
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	1 AÑO 8 MESES 4 DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	80941006		**OPERADOR:**	MI PLANILLA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GSP PSPIC - VSP				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6BH CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 29				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	19	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICIÓN (19)	PRÓRROGA (17)
VALOR ADICIONADO	$ 6.280.582	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1161	**RP DE LA ADICIÓN:**	18515	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.040.298	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1520	**RP DE LA ADICIÓN:**	22508	**TIEMPO PRORROGADO:**	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3.949.546	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1715	**RP DE LA ADICIÓN:**	25012	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 14.078.322	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2106	**RP DE LA ADICIÓN:**	31026	**TIEMPO PRORROGADO:**	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 7.046.672	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2800	**RP DE LA ADICIÓN:**	38039	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5.796.456	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3417	**RP DE LA ADICIÓN:**	41083	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.582.282	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3850	**RP DE LA ADICIÓN:**	45168	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.511.953	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4129	**RP DE LA ADICIÓN:**	50778	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5.829.557	**CDP DE LA ADICIÓN:**	211	**RP DE LA ADICIÓN:**	10551	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 4.716.724	**CDP DE LA ADICIÓN:**	399	**RP DE LA ADICIÓN:**	15310	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 5.569.144	**CDP DE LA ADICIÓN:**	489	**RP DE LA ADICIÓN:**	18054	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 8.978.692	**CDP DE LA ADICIÓN:**	892	**RP DE LA ADICIÓN:**	20018	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4.868.280	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1322	**RP DE LA ADICIÓN:**	26774	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 5.312.566	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1712	**RP DE LA ADICIÓN:**	30756	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5.228.176	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**RP DE LA ADICIÓN:**	34841	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 7.843.264	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**RP DE LA ADICIÓN:**	38580	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5.228.176	**CDP DE LA**	3170	**RP DE LA**	41922	**TIEMPO**	1 MES

VALOR ADICIONADO	$ 2.614.088	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3954	**RP DE LA ADICIÓN:**	48146	**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:**	

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:
MARIA CRISTINA DUARTE GARZON
CARGO:
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 29

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
INGRID VIVIANA LEAL GOMEZ
PERFIL:
PROFESIONAL ESPECIALIZADO 3

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	52482115	AURA LUCIA BARRERA ORDOÑEZ	KR 97 NO 24 32 IN 34 MZ 42	8066229	alluba.08@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
2024-10	2024-10	I	18/11/2024	80941006	TOTAL A PAGAR	
					$697.600	

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	262.600	0		0		0	11	2.100	0	264.700	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	336.100	0	0	0	0	11	2.700	0	338.800	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	51.200				51.200	11	400	51.600			512	51.600	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	42.100	11	400	42.500	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	11	0	0	0
ICBF				
0	11	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	262.600	264.700
Pensión	1	336.100	338.800
Riesgos Laborales	1	51.200	51.600
CCF	1	42.100	42.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	692.000	697.600

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	52482115	AURA LUCIA BARRERA ORDOÑEZ	KR 97 NO 24 32 IN 34 MZ 42	8066229	alluba.08@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	
2024-10	2024-10	I	18/11/2024	80941006	$697.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
o.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VRP	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
1	CC	52482115	BARRERA ORDOÑEZ AURA LUCIA	59	0			N																	230301	2.100.270	336.100	0	0	0	0	EPS008	2.100.270	262.600	14-7	2.100.270	3	51.200	CCF24	2.100.270	42.100	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Gmail

Lucia Barrera <alluba.08@gmail.com>

PSE Transacción Aprobada - CUS 1057770746

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>
Para: alluba.08@gmail.com

17 de noviembre de 2024, 21:10



¡Hola, Aura Lucia Barrera Ordoñez!

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

Estado de la Transacción: **Aprobada**
CUS: 1057770746
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transacción: $ 697.600
Fecha de Transacción: 17/11/2024

Ten en cuenta estos tips de seguridad

- Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.
- Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.
- Procura cambiar tus contraseñas bancarias frencuentemente.

