		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													
LIZ ANGELY CAMPOS CARDENAS													
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			52,748,918										
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO EN SALUD OCUPACIONAL 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 3921 2023		FECHA INICIO CONTRATO		27/03/2023							
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 2,443,152		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO		UN (1) MES							
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 57,606,245		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 241,519							
Nº DE INFORME:		20		Nº CRP:		10970		Nº CDP:		626			
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		1 AÑO 8 MESES 4 DIAS											
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:				SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO									
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:		19		TIPO DE MODIFICACIÓN		ADICIONES		19		PRORROGAS		17	
VALOR ADICIONADO		\$ 3,140,199		CDP DE LA ADICIÓN:		1161		CRP DE LA ADICIÓN:		18278		TIEMPO PRORROGADO: 1 MES	
VALOR ADICIONADO		\$ 1,236,009		CDP DE LA ADICIÓN:		1520		CRP DE LA ADICIÓN:		22271		TIEMPO PRORROGADO: 15 DIAS	
VALOR ADICIONADO		\$ 1,747,461		CDP DE LA ADICIÓN:		1715		CRP DE LA ADICIÓN:		24779		TIEMPO PRORROGADO: 2 MESES	
VALOR ADICIONADO		\$ 5,483,902		CDP DE LA ADICIÓN:		2106		CRP DE LA ADICIÓN:		30793		TIEMPO PRORROGADO: 23 DIAS	
VALOR ADICIONADO		\$ 2,628,295		CDP DE LA ADICIÓN:		2800		CRP DE LA ADICIÓN:		37818		TIEMPO PRORROGADO: 1 MES	
VALOR ADICIONADO		\$ 2,614,088		CDP DE LA ADICIÓN:		3417		CRP DE LA ADICIÓN:		40865		TIEMPO PRORROGADO: 1 MES	
VALOR ADICIONADO		\$ 2,004,773		CDP DE LA ADICIÓN:		3850		CRP DE LA ADICIÓN:		44957		TIEMPO PRORROGADO: 1 MES	
VALOR ADICIONADO		\$ 1,578,453		CDP DE LA ADICIÓN:		4129		CRP DE LA ADICIÓN:		50576		TIEMPO PRORROGADO: 2 MESES Y 13 DIAS	
VALOR ADICIONADO		\$ 2,793,096		CDP DE LA ADICIÓN:		211		CRP DE LA ADICIÓN:		10350		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		\$ 3,068,712		CDP DE LA ADICIÓN:		399		CRP DE LA ADICIÓN:		15109		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		\$ 3,494,922		CDP DE LA ADICIÓN:		489		CRP DE LA ADICIÓN:		17857		TIEMPO PRORROGADO: 1 MES	
VALOR ADICIONADO		\$ 4,347,342		CDP DE LA ADICIÓN:		892		CRP DE LA ADICIÓN:		19821		TIEMPO PRORROGADO: 1 MES Y 15 DIAS	
VALOR ADICIONADO		\$ 2,614,088		CDP DE LA ADICIÓN:		1322		CRP DE LA ADICIÓN:		26581		TIEMPO PRORROGADO: 1 MES Y 1 DIA	
VALOR ADICIONADO		\$ 2,915,056		CDP DE LA ADICIÓN:		1712		CRP DE LA ADICIÓN:		30583		TIEMPO PRORROGADO: 30 DIAS	
VALOR ADICIONADO		\$ 3,462,368		CDP DE LA ADICIÓN:		2248		CRP DE LA ADICIÓN:		34669		TIEMPO PRORROGADO: 1 MES Y 1 DIA	
VALOR ADICIONADO		\$ 3,922,132		CDP DE LA ADICIÓN:		2562		CRP DE LA ADICIÓN:		38412		TIEMPO PRORROGADO: 1 MES Y 15 DIAS	
VALOR ADICIONADO		\$ 2,614,088		CDP DE LA ADICIÓN:		3170		CRP DE LA ADICIÓN:		41758		TIEMPO PRORROGADO: 1 MES	
VALOR ADICIONADO		\$ 2,969,263		CDP DE LA ADICIÓN:		3525		CRP DE LA ADICIÓN:		43990		TIEMPO PRORROGADO: 1 MES	
VALOR ADICIONADO		\$ 2,528,846		CDP DE LA ADICIÓN:		3954		CRP DE LA ADICIÓN:		48001		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

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)

ÍTEM	
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: Se realizan caracterizaciones de niños ,niñas para la Identificación de las condiciones de salud y trabajo para la concertación ,se caracteriza UTIS de alto impacto (localidad de candelaria y en la localidad de antonio nariño), UTIS mediano impacto (en la localidad de candelaria y en la localidad de antonio nariño) y UTIS de bajo impacto en la localidad de candelaria, para identificación de las condiciones de salud y trabajo de la concertación del plan de UTI con trabajadores informales, asesorías de promoción del cuidado de la salud en UTI de mediano impacto (en la localidad de candelaria y en la localidad de antonio nariño) y asesorías de seguimiento a la continuidad. (en la localidad de candelaria y en la localidad de antonio nariño).</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de caracterización de niños,niñas y adolescentes Formato de caracterización de UTIS de Alto, Mediano, Bajo impacto. Formato de caracterización para seguimiento</p>
2	<p>1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se actualiza el Cronograma mensual</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Entregar el cronograma magnético al Drive: https://docs.google.com/spreadsheets/d/1cEjnF24js9ZyE8mt5XDsofq3A5kdB-Eo/edit?usp=sharing&ouid=110670999296246416045&rtopof=true&sd=true</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: Entrega de soportes con calidad y oportunidad</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de caracterización de niños,niñas y adolescentes y UTIS.</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 habitación y acreditación de servicios de salud.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Promoción del auto cuidado y gestión del riesgo en salud en UTI mediano , bajo y alto impacto con trabajadores de la economía informal</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de UTIS de mediano impacto con asesorías de promoción del cuidado de la salud gestion del riesgo con trabajadores de la economía informal</p>
5	<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 habitación y acreditación de servicios de salud.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Lectura y apropiación de los lineamientos, revisión de de caja de herramientas, fichas técnicas y formatos para su correcta ejecución</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): cumplir los lineamientos establecidos por la SDS</p>
6	<p>1. OBLIGACIÓN: Identificar y caracterizar la población trabajadora informal conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre la subred con el Fondo Financiero-SDS.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Caracterizar las condiciones de salud y trabajo para la concertación del plan de trabajo en UTI de mediano, bajo y alto impacto y NNA con trabajadores de la economía informal.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de caracterización de las condiciones de salud y trabajo para la concertación de los planes en UTIS con trabajadores de la economía informal y caracterización de NNA</p>
7	<p>1. OBLIGACIÓN: Activar y notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Activación de ruta, canalización sectorial e intersectorial , agendamientos , reporte oportuno de ATEL.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Se envía magnético al correo: apoyolaborsubredcentrooriente.gov.co, retroalimentación base sivistra</p>
8	<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: Realizar la gestión documental mensual de los diferentes productos.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta debidamente diligenciada y firmada</p>
9	<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: Cumplimiento a actividades indicadas por el supervisor del contrato</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de acta estipulado por la entidad donde se participa.</p>

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	80389743	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	17/10/2024	\$ 175,000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	17/10/2024	\$ 224,000
RIESGOS LABORALES:	SURA	17/10/2024	\$ 34,200
OTRO			\$ -
TOTAL PAGADO			\$ 433,200

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)

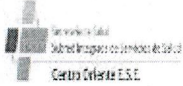
Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

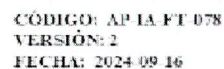
112 Campos

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LIZ ANGELY CAMPOS CARDENAS

CC: 52.748.918

CEL 3134527373

	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:	LIZ ANGELY CAMPOS CARDENAS			CC:	52,748,918	
CORREO ELECTRÓNICO:	lizsofia03@gmail.com			RUT (NIT):	52748918 - 6	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TV 113 B BIS 67B 43			TELÉFONO:	3134527373	
				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		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	0550008300786277
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)						
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	PS 3921 2023	N° CDP:	3170 - 3525	N°. RP:	41758 - 43990	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: 1 AÑO 8 MESES 4 DÍAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	27/03/2023	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		1/12/2024		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 57,606,245
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 17/10/2024 AL 31/10/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 241,519					
	DOSCIENTOS CUARENTA Y UN MIL QUINIENTOS DIECINUEVE PESOS					
<div>luz campos</div>						
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LIZ ANGELY CAMPOS CARDENAS						
CC:	52,748,918					
CEL:	3134527373					



CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y									
NOMBRE DEL CONTRATISTA					LIZ ANGELY CAMPOS CARDENAS				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD					52,748,918				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO EN SALUD OCUPACIONAL 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 3921 2023		FECHA INICIO CONTRATO		27/03/2023	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO				\$ 2,443,152					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 57,606,245				VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 241,519	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		20 de 20		Nº CRP INICIAL:		10970		Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO 626	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		1 AÑO 8 MESES 4 DIAS							
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:				80389743		OPERADOR:		MI PLANILLA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:				GSP PSPIC - LABORAL					
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:				SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:				LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30					
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES									
Nº DE MODIFICACIÓN:		19		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):			ADICIÓN (19)		PRÓRROGA (17)
VALOR ADICIONADO		\$ 3,140,199		CDP DE LA ADICIÓN: 1161		RP DE LA ADICIÓN: 18278		TIEMPO PRORROGADO: 1 MES	
VALOR ADICIONADO		\$ 1,236,009		CDP DE LA ADICIÓN: 1520		RP DE LA ADICIÓN: 22271		TIEMPO PRORROGADO: 15 DIAS	
VALOR ADICIONADO		\$ 1,747,461		CDP DE LA ADICIÓN: 1715		RP DE LA ADICIÓN: 24779		TIEMPO PRORROGADO: 2 MESES	
VALOR ADICIONADO		\$ 5,483,902		CDP DE LA ADICIÓN: 2106		RP DE LA ADICIÓN: 30793		TIEMPO PRORROGADO: 23 DIAS	
VALOR ADICIONADO		\$ 2,628,295		CDP DE LA ADICIÓN: 2800		RP DE LA ADICIÓN: 37818		TIEMPO PRORROGADO: 1 MES	
VALOR ADICIONADO		\$ 2,614,088		CDP DE LA ADICIÓN: 3417		RP DE LA ADICIÓN: 40865		TIEMPO PRORROGADO: 1 MES	
VALOR ADICIONADO		\$ 2,004,773		CDP DE LA ADICIÓN: 3850		RP DE LA ADICIÓN: 44957		TIEMPO PRORROGADO: 1 MES	
VALOR ADICIONADO		\$ 1,578,453		CDP DE LA ADICIÓN: 4129		RP DE LA ADICIÓN: 50576		TIEMPO PRORROGADO: 2 MESES Y 13 DIAS	
VALOR ADICIONADO		\$ 2,793,096		CDP DE LA ADICIÓN: 211		RP DE LA ADICIÓN: 10350		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		\$ 3,068,712		CDP DE LA ADICIÓN: 399		RP DE LA ADICIÓN: 15109		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		\$ 3,494,922		CDP DE LA ADICIÓN: 489		RP DE LA ADICIÓN: 17857		TIEMPO PRORROGADO: 1 MES	
VALOR ADICIONADO		\$ 4,347,342		CDP DE LA ADICIÓN: 892		RP DE LA ADICIÓN: 19821		TIEMPO PRORROGADO: 1 MES Y 15 DIAS	
VALOR ADICIONADO		\$ 2,614,088		CDP DE LA ADICIÓN: 1322		RP DE LA ADICIÓN: 26581		TIEMPO PRORROGADO: 1 MES Y 1 DIA	
VALOR ADICIONADO		\$ 2,915,056		CDP DE LA ADICIÓN: 1712		RP DE LA ADICIÓN: 30583		TIEMPO PRORROGADO: 30 DIAS	
VALOR ADICIONADO		\$ 3,462,368		CDP DE LA ADICIÓN: 2248		RP DE LA ADICIÓN: 34669		TIEMPO PRORROGADO: 1 MES Y 1 DIA	

VALOR ADICIONADO	\$ 3,922,132	CDP DE LA ADICIÓN:	2562	RP DE LA ADICIÓN:	38412	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 2,614,088	CDP DE LA ADICIÓN:	3170	RP DE LA ADICIÓN:	41758	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 2,969,263	CDP DE LA ADICIÓN:	3525	RP DE LA ADICIÓN:	43990	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 2,528,846	CDP DE LA ADICIÓN:	3954	RP DE LA ADICIÓN:	48001	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 17/10/2024 al 31/10/2024

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	 NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA CARGO: PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30
	 NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN PERFIL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE GESTION

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52748918	LIZ ANGELY CAMPOS CARDENAS	TV 113 B BIS 67 B 43	4805259	lizsofia039@gmail.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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC 0
2024-09	2024-09	I	17/10/2024	80389743	TOTAL A PAGAR \$437,400

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD				UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria		No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	175,000	0		0		0	13	1,700	0	176,700	1

TOTALES PENSIÓN				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
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria									
25-14	Colpensiones	900336004-7	224,000	0	0	0	0	13	2,100	0	226,100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES				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
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	34,200				34,200	13	400	34,600			342	34,600	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	13	0	0	0
ICBF				
0	13	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	175,000	176,700
Pensión	1	224,000	226,100
Riesgos Laborales	1	34,200	34,600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	433,200	437,400

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	527439118	LIZ ANGELY CAMPOS CARDENAS		TV 113 B BJS 67 B 43	4805259	lizsofia038@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	17/10/2024	80389743	\$437.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES											
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Beneficio	Entidad Cotizante	REI	DE	TE	TD	TAP	VPS	SM	Uti	VA	MA	AVP	UCT	RL	CONSECOM	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	Cotización / Valor UPC	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	52748918	CAMPOS CARDENAS LIZ ANGELY	57	0	N															25-14	1,400,000	224,000	0	0	0	0	EPS017	1,400,000	175,000	14-11	1,400,000	3	34,200		0	0	0	0	0	0	0

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS

987237928

Destino de pago

COMPENSAR-01

Motivo

MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha

17/10/2024

Número de aprobación

00237928

Dirección IP

179.12.237.90

Valor transacción

\$ 437.400,00

Costo de la transacción

\$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1

Referencia 2

CC

Referencia 3

52748918