	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

DIANA CRISTINA CARABALLO ARCILA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	52,854,756				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO ADMINISTRATIVO 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 3822 2023	**FECHA INICIO CONTRATO**	27/03/2023		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2,299,448	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	UN (1) MES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 52,825,500	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2,460,448		
N° DE INFORME:	15	**N° CRP:**	10876	**N° CDP:**	626
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	1 AÑO 9 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

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	20	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	20	**PRORROGAS**	18	
VALOR ADICIONADO	$ 2,955,748	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1161	**CRP DE LA ADICIÓN:**	18185	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1,163,364	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1520	**CRP DE LA ADICIÓN:**	22179	**TIEMPO PRORROGADO:**	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 1,644,756	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1715	**CRP DE LA ADICIÓN:**	24687	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 5,161,592	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2106	**CRP DE LA ADICIÓN:**	30701	**TIEMPO PRORROGADO:**	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,473,820	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2800	**CRP DE LA ADICIÓN:**	37729	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,460,448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3417	**CRP DE LA ADICIÓN:**	40777	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,049,172	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3850	**CRP DE LA ADICIÓN:**	44880	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1,486,269	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4129	**CRP DE LA ADICIÓN:**	50494	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,628,935	**CDP DE LA ADICIÓN:**	211	**CRP DE LA ADICIÓN:**	10268	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 2,059,288	**CDP DE LA ADICIÓN:**	399	**CRP DE LA ADICIÓN:**	15028	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 2,460,448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	489	**CRP DE LA ADICIÓN:**	17778	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,690,672	**CDP DE LA ADICIÓN:**	892	**CRP DE LA ADICIÓN:**	19742	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,460,448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1322	**CRP DE LA ADICIÓN:**	26503	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 3,062,304	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1712	**CRP DE LA ADICIÓN:**	30513	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,460,548	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**CRP DE LA ADICIÓN:**	34603	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 3,691,672	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38348	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,460,448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**CRP DE LA ADICIÓN:**	41697	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,460,448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**CRP DE LA ADICIÓN:**	43958	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1,230,224	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3954	**CRP DE LA ADICIÓN:**	47971	**TIEMPO PRORROGADO:**	16 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,465,448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4011	**CRP DE LA ADICIÓN:**	49028	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 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:**	

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: Drive compartido en gesi@subredcentrooriente.gov.co 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Se cuenta con una herramienta de control interna en drive y herramienta web aplicativo GESI FORM V.2.1.5
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Entrega de cronograma de actividades correspondiente. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Drive compartido en gesi@subredcentrooriente.gov.co
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: Apoyar la distribución de formatos para el proceso de digitación de las diferentes bases de datos que se manejan en el entorno al equipo de digitación 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta y formatos de entrega a digitadores y apoyos de los entornos cuidadores.
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: Apoyar el proceso GESI según la necesidad del servicio (actualización herramienta de control) 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Cronograma de actividades Drive compartido en gesi@subredcentrooriente.gov.co
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: Realizar soporte de actas de apropiación conceptual de lineamientos de la vigencia 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta que se maneja en Drive compartido en gesi@subredcentrooriente.gov.co
6	1. OBLIGACIÓN: Digitar la información, depurar, administrar y consolidar las bases de datos, documentos e informes generados por las acciones o intervenciones de los entornos y procesos transversales, garantizando la calidad, oportunidad, integridad, consistencias y veracidad. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Consolidar y digitar la información en las bases de datos de GESI 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Herramienta de control web y drive. Aplicativos GESI FORM V.2.1.5
7	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar la organización de soportes generados en gesi para auditoria. y de más soportes que se manejan para llevar a cabo las actividades dentro del proceso GESI (actas y formatos de entregas) 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas Drive compartido en gesi@subredcentrooriente.gov.co y carpetas con los soportes
8	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: Contar con disponibilidad de acuerdo a lo requerido por parte de la subred centro oriente. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Listado de asistencia y actas fiscas en el servicio que se preste.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	82509308	**OPERADOR:**	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	COMPENSAR	9/12/2024	$ 162,500
PENSIÓN:	PROTECCION	9/12/2024	$ 208,000
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	9/12/2024	$ 31,700
OTRO	CCF COMPENSAR	9/12/2024	$ 26,000
TOTAL PAGADO			**$ 428,200**

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 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 período correspondiente

Diana Caraballo

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: DIANA CRISTINA CARABALLO ARCILA
CC: 52,854,756
CEL 3187497636

	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: 31/12/2024			
NOMBRES Y APELLIDOS:	DIANA CRISTINA CARABALLO ARCILA	**CC:**	52,854,756
		RUT (NIT):	52854756-2
CORREO ELECTRÓNICO:	dianacaraballo.1980@gmail.com	**TELÉFONO:**	3187497636
DIRECCIÓN DOMICILIO:	DG 33 A SUR 7 A 64 ESTE	**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:**	550488401907503	

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	PS 3822 2023	**N° CDP:**	4011	**N°. RP:**	49028	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: 1 AÑO 9 MESES 4 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	27/03/2023	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		31/12/2024		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 52,825,500
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 3/12/2024 AL 31/12/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 2,460,448					
	DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS					

Diana Caraballo

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: DIANA CRISTINA CARABALLO ARCILA

CC: **52,854,756**

CEL: **3187497636**

	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 VERSION: 2 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA	DIANA CRISTINA CARABALLO ARCILA				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	52,854,756				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO ADMINISTRATIVO 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 3822 2023		**FECHA INICIO CONTRATO**		27/03/2023
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2,299,448				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 52,825,500		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 2,460,448
N° PAGO / N° DE INFORME:	15 de 15	**N° CRP INICIAL:**	10876	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	626
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	1 AÑO 9 MESES 4 DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	82509308		**OPERADOR:**		MI PLANILLA
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GSP PSPIC - MACRO, MESO Y MICRO				
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

N° DE MODIFICACIÓN:	20	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICIÓN (20)	PRÓRROGA (18)
VALOR ADICIONADO	$ 2,955,748	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1161	**RP DE LA ADICIÓN:**	18185	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1,163,364	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1520	**RP DE LA ADICIÓN:**	22179	**TIEMPO PRORROGADO:**	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 1,644,756	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1715	**RP DE LA ADICIÓN:**	24687	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 5,161,592	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2106	**RP DE LA ADICIÓN:**	30701	**TIEMPO PRORROGADO:**	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,473,820	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2800	**RP DE LA ADICIÓN:**	37729	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,460,448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3417	**RP DE LA ADICIÓN:**	40777	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,049,172	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3850	**RP DE LA ADICIÓN:**	44880	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1,486,269	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4129	**RP DE LA ADICIÓN:**	50494	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,628,935	**CDP DE LA ADICIÓN:**	211	**RP DE LA ADICIÓN:**	10268	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 2,059,288	**CDP DE LA ADICIÓN:**	399	**RP DE LA ADICIÓN:**	15028	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 2,460,448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	489	**RP DE LA ADICIÓN:**	17778	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,690,672	**CDP DE LA ADICIÓN:**	892	**RP DE LA ADICIÓN:**	19742	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,460,448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1322	**RP DE LA ADICIÓN:**	26503	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 3,062,304	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1712	**RP DE LA ADICIÓN:**	30513	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,460,548	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**RP DE LA ADICIÓN:**	34603	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 3,691,672	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**RP DE LA ADICIÓN:**	38348	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS

VALOR ADICIONADO	$ 2,460,448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**RP DE LA ADICIÓN:**	41697	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,460,448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**RP DE LA ADICIÓN:**	43958	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1,230,224	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3954	**RP DE LA ADICIÓN:**	47971	**TIEMPO PRORROGADO:**	16 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,465,448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4011	**RP DE LA ADICIÓN:**	49028	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 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:**	

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 3/12/2024 al 31/12/2024

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

Jonathan Merchan

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
JONATHAN FERNANDO MERCHAN CARRILLO
PERFIL:
LIDER GESI

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	52854756	DIANA CRISTINA CARABALLO ARCILA	Diagonal 33A sur # 7A 64 este	3187497636	dianacaraballo.1980@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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	09/12/2024	82509308	$428.200	

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	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	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	31.700				31.700	0	0	31.700			317	31.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	26.000	0	0	26.000	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	1	26.000	26.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	428.200	428.200

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	52854756	DIANA CRISTINA CARABALLO ARCILA		Diagonal 33A sur # 7A 64 este	3187497636	dianacaraballo.1980@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	
2024-11	2024-11	I	09/12/2024	82509308	$428.200	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza en exterior	Extranjero	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	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
CC	52854756	CARABALLO ARCILA DIANA CRISTINA	59	0			N																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500	14-7	1.300.000	3	31.700	CCF24	1.300.000	26.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

pse Bancolombia

Comprobante de pago en línea

Comercio
COMPENSAR-OI

Número de comprobante
DBgRBBqdMmhc

CUS
1111549664

Fecha y hora
9 diciembre 2024 08:34:18

Número de factura
82509308

Descripción del pago
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Referencia 1

Referencia 2
CC

Referencia 3
52854756

Producto origen
****6352

Costo de la transacción
$ 00.0 COP

Total Pagado: $ 428,200.0

Copyright © 2020 Grupo Bancolombia.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Lunes 09 de Diciembre del 2024 08:34:25 AM