



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

ANGIE CATHERINE COBOS TORRES

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

1,033,751,561

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA 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 3962 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:

\$ 52,919,104

VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A
CERTIFICAR:

\$ 2,460,448

Nº DE INFORME:

16

Nº CRP:

11007

Nº CDP:

626

PLAZO TOTAL DEL CONTRATO
INCLUIDO PRORROGAS

1 AÑO 9 MESES 4 DIAS

UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

6BH CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE

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:	20	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	20	PRORROGAS	18
VALOR ADICIONADO	\$ 2,955,748	CDP DE LA ADICIÓN:	1161	CRP DE LA ADICIÓN:	18315	TIEMPO PRORROGADO: 1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 1,163,364	CDP DE LA ADICIÓN:	1520	CRP DE LA ADICIÓN:	22308	TIEMPO PRORROGADO: 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 1,644,756	CDP DE LA ADICIÓN:	1715	CRP DE LA ADICIÓN:	24816	TIEMPO PRORROGADO: 2 MESES
VALOR ADICIONADO	\$ 5,161,592	CDP DE LA ADICIÓN:	2106	CRP DE LA ADICIÓN:	30830	TIEMPO PRORROGADO: 23 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 2,473,820	CDP DE LA ADICIÓN:	2800	CRP DE LA ADICIÓN:	37855	TIEMPO PRORROGADO: 1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 2,460,448	CDP DE LA ADICIÓN:	3417	CRP DE LA ADICIÓN:	40902	TIEMPO PRORROGADO: 1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 1,888,708	CDP DE LA ADICIÓN:	3850	CRP DE LA ADICIÓN:	44993	TIEMPO PRORROGADO: 1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 1,486,269	CDP DE LA ADICIÓN:	4129	CRP DE LA ADICIÓN:	50607	TIEMPO PRORROGADO: 2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 2,628,935	CDP DE LA ADICIÓN:	211	CRP DE LA ADICIÓN:	10381	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	\$ 2,059,288	CDP DE LA ADICIÓN:	399	CRP DE LA ADICIÓN:	15139	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	\$ 2,460,448	CDP DE LA ADICIÓN:	489	CRP DE LA ADICIÓN:	17886	TIEMPO PRORROGADO: 1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 3,690,672	CDP DE LA ADICIÓN:	892	CRP DE LA ADICIÓN:	19850	TIEMPO PRORROGADO: 1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 2,460,448	CDP DE LA ADICIÓN:	1322	CRP DE LA ADICIÓN:	26610	TIEMPO PRORROGADO: 1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	\$ 2,834,980	CDP DE LA ADICIÓN:	1712	CRP DE LA ADICIÓN:	30609	TIEMPO PRORROGADO: 30 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 2,460,548	CDP DE LA ADICIÓN:	2248	CRP DE LA ADICIÓN:	34694	TIEMPO PRORROGADO: 1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	\$ 3,691,672	CDP DE LA ADICIÓN:	2562	CRP DE LA ADICIÓN:	38436	TIEMPO PRORROGADO: 1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 2,460,448	CDP DE LA ADICIÓN:	3170	CRP DE LA ADICIÓN:	41780	TIEMPO PRORROGADO: 1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 2,460,448	CDP DE LA ADICIÓN:	3525	CRP DE LA ADICIÓN:	44010	TIEMPO PRORROGADO: 1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 1,230,224	CDP DE LA ADICIÓN:	3954	CRP DE LA ADICIÓN:	48020	TIEMPO PRORROGADO: 16 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 2,946,840	CDP DE LA ADICIÓN:	4011	CRP DE LA ADICIÓN:	49078	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		
Nº 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: Realizar las actividades descritas en el lineamiento vigente del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según el convenio con la Subred Centro Oriente. 3 PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en magnético.							
2	1 OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar 2 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar actividades programadas en el cronograma mensual y realizar las observaciones pertinentes frente a las actividades que se realizaron y que no estaban plasmadas dentro del cronograma mensual. 3 PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en magnético.							
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: Cumplir con el protocolo y los procesos de vacunación segura con el fin de mantener y mejorar la calidad del servicio de vacunación. 3 PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en magnético.							
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 habitación y acreditación de servicios de salud. 2 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Cumplir con el protocolo y los procesos de vacunación segura con el fin de mantener y mejorar la calidad del servicio de vacunación. 3 PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en magnético.							
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: Leer y realizar apropiación conceptual según el Manual técnico Administrativo del PAI, las circulares y lineamientos vigentes del PAI. 3 PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en magnético.							
6	1 OBLIGACIÓN: Realizar acciones extramurales a la población asignada a nivel individual, familiar y colectivo, desde su perfil técnico, 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 entrevista indagando antecedentes patológicos, farmacológicos, estado actual de la persona a vacunar, dar educación al usuario sobre cuidados pos vacunales. 3 PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en magnético.							
7	1 OBLIGACIÓN: Realizar acciones de promoción y prevención de la salud y de saneamiento ambiental a nivel individual, familiar y colectivo, desde su perfil técnico y conforme a los anexos y lineamientos. 2 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Identificar factores de riesgo con el propósito de activar las rutas integrales de atención en salud. Educar a los usuarios sobre la importancia del autocuidado. 3 PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en magnético.							
8	1 OBLIGACIÓN: Desarrollar procesos de asistencia técnica desde los diferentes procesos del Plan de Intervenciones Colectivas conforme a su saber disciplinar y técnico, en función de los requerimientos de los entornos y procesos transversales. 2 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Brindar asistencia técnica según la población objeto del PAI dentro de las estrategias programadas a realizar. 3 PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en magnético.							
9	1 OBLIGACIÓN: Activar y notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 2 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar el reporte oportuno según ficha de notificación establecida para cada evento. 3 PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en magnético.							
10	1 OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Responder por los archivos de los documentos SIS 150, Hojas de temperatura, cronogramas, disintimientos, consentimientos informados, estrategia de información, educación y comunicación. 3 PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en magnético.							
11	1 OBLIGACIÓN: Aplicación de la dosis de vacuna de acuerdo a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre la subred con el Fondo Financiero-SDS para el proceso de PAI. 2 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar la administración de los inmunobiológicos de acuerdo a la población objeto del PAI teniendo en cuenta su inicio, continuidad y terminación de esquemas; para esto se debe tener en cuenta (edad- esquema a administrar-cohorta de biológicos-anamnesis del paciente- aplicación de los 10 correctos). 3 PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en magnético.							
12	1 OBLIGACIÓN: Diligenciar con calidad los formatos de la estrategia extramural PAI. 2 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar de forma clara toda la información requerida por los formatos manejados en el PAI SIS 150, Hojas de temperatura, cronogramas, disintimientos, consentimientos informados, estrategia de información, educación y comunicación. 3 PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en magnético.							

13

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: Desarrollar actividades según necesidad de la Subred. en cualquiera de los espacios o procesos transversales de acuerdo a los lineamientos del contrato PSPIC.

3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en magnético.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	82204708	OPERADOR:	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	COMPENSAR	4/12/2024	\$	162,500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	4/12/2024	\$	208,000
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	4/12/2024	\$	31,700
OTRO	CCF COMPENSAR	4/12/2024	\$	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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMMLV (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

ANGIE COBOS

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ANGIE CATHERINE COBOS TORRES

CC: 1.033.751.561

CEL 3115741054

	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:	ANGIE CATHERINE COBOS TORRES	CC: 1,033,751,561 RUT (NIT): 1033751561-3
CORREO ELECTRÓNICO:	angiecobos.27@gmail.com	TELÉFONO: 3115741054
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 89 SUR 18F 10	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 Nº CUENTA: 0570477370048969
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)		
Nº DEL CONTRATO:	PS 3962 2023	Nº CDP: 4011 Nº. RP: 49078 PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: 1 AÑO 9 MESES 4 DÍAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	27/03/2023	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: 31/12/2024 TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 52,919,104
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 3/12/2024 AL 31/12/2024	
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 2,460,448 DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS	
<div>ANGIE COBOS</div> NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ANGIE CATHERINE COBOS TORRES CC: 1,033,751,561 CEL: 3115741054		

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

NOMBRE DEL CONTRATISTA

ANGIE CATHERINE COBOS TORRES

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

1,033,751,561

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA 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 3962 2023

FECHA INICIO CONTRATO

27/03/2023

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$ 2,299,448

VALOR TOTAL DEL
CONTRATO INCLUIDO
ADICIONES:

\$ 52,919,104

VALOR DE HONORARIOS
PERÍODO A CERTIFICAR:

\$ 2,460,448

Nº PAGO / Nº DE INFORME:

14 de 14

Nº CRP
INICIAL:

11007

Nº CDP INICIAL
DEL CONTRATO

626

PLAZO DEL CONTRATO
INCLUYENDO PRORROGAS

1 AÑO 9 MESES 4 DIAS

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:

82204708

OPERADOR:

MI PLANILLA

PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:

GSP PSPIC - MACRO, MESO Y MICRO

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

6BH CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº 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:	18315	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 1,163,364	CDP DE LA ADICIÓN:	1520	RP DE LA ADICIÓN:	22308	TIEMPO PRORROGADO:	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 1,644,756	CDP DE LA ADICIÓN:	1715	RP DE LA ADICIÓN:	24816	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES
VALOR ADICIONADO	\$ 5,161,592	CDP DE LA ADICIÓN:	2106	RP DE LA ADICIÓN:	30830	TIEMPO PRORROGADO:	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 2,473,820	CDP DE LA ADICIÓN:	2800	RP DE LA ADICIÓN:	37855	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 2,460,448	CDP DE LA ADICIÓN:	3417	RP DE LA ADICIÓN:	40902	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 1,888,708	CDP DE LA ADICIÓN:	3850	RP DE LA ADICIÓN:	44993	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 1,486,269	CDP DE LA ADICIÓN:	4129	RP DE LA ADICIÓN:	50607	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 2,628,935	CDP DE LA ADICIÓN:	211	RP DE LA ADICIÓN:	10381	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	\$ 2,059,288	CDP DE LA ADICIÓN:	399	RP DE LA ADICIÓN:	15139	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	\$ 2,460,448	CDP DE LA ADICIÓN:	489	RP DE LA ADICIÓN:	17886	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 3,690,672	CDP DE LA ADICIÓN:	892	RP DE LA ADICIÓN:	19850	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 2,460,448	CDP DE LA ADICIÓN:	1322	RP DE LA ADICIÓN:	26610	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	\$ 2,834,980	CDP DE LA ADICIÓN:	1712	RP DE LA ADICIÓN:	30609	TIEMPO PRORROGADO:	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 2,460,548	CDP DE LA ADICIÓN:	2248	RP DE LA ADICIÓN:	34694	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 1 DIA

VALOR ADICIONADO	\$ 3,691,672	CDP DE LA ADICIÓN:	2562	RP DE LA ADICIÓN:	38436	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 2,460,448	CDP DE LA ADICIÓN:	3170	RP DE LA ADICIÓN:	41780	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 2,460,448	CDP DE LA ADICIÓN:	3525	RP DE LA ADICIÓN:	44010	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 1,230,224	CDP DE LA ADICIÓN:	3954	RP DE LA ADICIÓN:	48020	TIEMPO PRORROGADO:	16 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 2,946,840	CDP DE LA ADICIÓN:	4011	RP DE LA ADICIÓN:	49078	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)

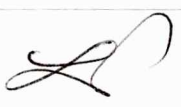
Nº DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	N/A

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 **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
	 NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: LUZ CONSUELO PINEDA DUEÑEZ PERFIL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE GESTION

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1033751561	ANGIE CATHERINE COBOS TORRES	CALLE 89 SUR 18 F 10	2009504	ANGIECOBOS.27@GMAIL.CO M	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	

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	04/12/2024	82204708	\$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
25-14	Colpensiones	900336004-7	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

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 2 de 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1033751561	ANGIE CATHERINE COBOS TORRES	CALLE 89 SUR 18 F 10	2009504	ANGIECOBOS.27@GMAIL.CO M	
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 (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	04/12/2024	82204708	\$428.200

DETALLE POR COTIZANTE																																												
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES									
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subsidiario	Exonerado	Exonerado	Exonerado	Exonerado	OTR	TRE	TRE	TRE	TRE	TRE	TRE	TRE	TRE	TRE	TRE	TRE	TRE	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clas. de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1033751561	COBOS TORRES ANGIE CATHERINE	59	0				N														25-14	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

← Comprobante

Movimiento hecho en:

Nequi

Número de referencia

M28208875

⬇ Pago realizado

Pago en

Compensar-oi

¿Cuánto?

\$ 428.200,00

Fecha

03 de diciembre de 2024 a las 07:52 p. m.

¿Preguntas? Ve al menú Movimientos en la app Nequi y reporta un problema.

Superintendencia
de Bancarías
VIGILADO