	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-1A-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16

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

ADRIANA EVELIN MARENTES AMAYA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	53,130,369
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO QUIMICO FARMACEUTICO 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 4069 2023			**FECHA INICIO CONTRATO**	27/03/2023
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4,311,304	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	UN (1) MES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 99,522,728			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4,613,064
N° DE INFORME:	15	**N° CRP:**	11107	**N° CDP:**	626
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	1 AÑO 9 MESES 4 DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	20	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	20	**PRORROGAS**	18	
VALOR ADICIONADO	$ 5,541,599	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1161	**CRP DE LA ADICIÓN:**	18414	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,181,177	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1520	**CRP DE LA ADICIÓN:**	22407	**TIEMPO PRORROGADO:**	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,083,733	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1715	**CRP DE LA ADICIÓN:**	24912	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 10,680,246	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2106	**CRP DE LA ADICIÓN:**	30926	**TIEMPO PRORROGADO:**	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,638,135	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2800	**CRP DE LA ADICIÓN:**	37944	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4,613,064	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3417	**CRP DE LA ADICIÓN:**	40988	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,214,017	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3850	**CRP DE LA ADICIÓN:**	45079	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,777,838	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4129	**CRP DE LA ADICIÓN:**	50692	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,928,959	**CDP DE LA ADICIÓN:**	211	**CRP DE LA ADICIÓN:**	10466	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 3,860,934	**CDP DE LA ADICIÓN:**	399	**CRP DE LA ADICIÓN:**	15225	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 4,613,064	**CDP DE LA ADICIÓN:**	489	**CRP DE LA ADICIÓN:**	17971	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 6,919,596	**CDP DE LA ADICIÓN:**	892	**CRP DE LA ADICIÓN:**	19934	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,613,064	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1322	**CRP DE LA ADICIÓN:**	26692	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 4,613,064	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1712	**CRP DE LA ADICIÓN:**	30686	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5,866,614	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**CRP DE LA ADICIÓN:**	34770	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 6,920,596	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38510	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,613,064	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**CRP DE LA ADICIÓN:**	41853	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4,613,064	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**CRP DE LA ADICIÓN:**	44081	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,306,532	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3954	**CRP DE LA ADICIÓN:**	48091	**TIEMPO PRORROGADO:**	16 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,613,064	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4011	**CRP DE LA ADICIÓN:**	49149	**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 segun convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se desarrollaron visitas del proyecto de Autorregulación de perfil profesional en las localidades asignadas. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos fisicos de IVC en archivo central del area VSA para el mes certificado.
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Las actividades desarrolladas se programan de acuerdo al censo establecido y direccionado por la Secretaria Distrital de Salud, alimentado de manera diaria y deacuerdo a los establecido por el lider de linea y la base de priorización enviada por Secretaria Distrital de Salud 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Censo establecido y direccionado por Secretaria Distrital de Salud.
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 presentaron las actas y formatos diligenciados correspondientes al mes. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato fisicos de IVC en archivo central del área VSA para el mes certificado.
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: Apoyo de actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato fisicos de IVC en archivo central del área VSA para el mes certificado.
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: Apropiación conceptual de los lineamientos tecnicos enviados desde nivel central de la SDS y reinducciones direccionadas desde la linea de intervencion. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta en poder de la líder de la linea de medicamentos seguros de todas localidades de la Subred Centro Oriente
6	1. OBLIGACIÓN: Realizar las visitas de inspección, vigilancia y control, desde su perfil profesional, verificando el cumplimiento de las condiciones higiénicas y sanitarias descritas en la Ley 9 de 1979 y sus normas reglamentarias en los bienes y servicios a establecimientos objeto de la vigilancia Sanitaria y de las diferentes líneas de intervención de la vigilancia de la Salud Ambiental conforme a los lineamientos, anexos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se desarrollaron visitas de fortalecimiento al proyecto de Autorregulación de perfil profesional en las localidades asignadas, así: Intervención de la Subred Centro Oriente en las localidades de Santa Fé, Candelaria, San Cristóbal y Rafael Uribe Uribe 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato fisicos de IVC en archivo central del área VSA y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA DC para el mes certificado.
7	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Actividades asignadas desde el componente de vigilancia de la salud ambiental. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soportes entregados en el componente de vigilancia de la salud ambiental.
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: Actividades asignadas desde el componente de vigilancia de la salud ambiental. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soportes entregados en el componente de vigilancia de la salud ambiental.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	82407708-82464468	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	6/12/2024	$ 230,700
PENSIÓN:	COLPENSIONES	6/12/2024	$ 295,300
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	6/12/2024	$ 45,000
OTRO	CCF COMPENSAR	6/12/2024	$ 11,100
	TOTAL PAGADO		**$ 582,100**

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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

Adriana Marentes

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ADRIANA EVELIN MARENTES AMAYA
CC: 53,130,369
CEL 3202013311

	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:	ADRIANA EVELIN MARENTES AMAYA	**CC:**	53,130,369
		RUT (NIT):	53130369-2
CORREO ELECTRÓNICO:	adrianamarentes2024@gmail.com	**TELÉFONO:**	3202013311
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 5 A 68F 54	**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 (X)	NO ( )

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA	**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**N° CUENTA:**	0550005500180780
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 4069 2023	**N° CDP:**	4011	**N°. RP:**	49149	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: $ 99,522,728
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 3/12/2024 AL 31/12/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 4,613,064 CUATRO MILLONES SEISCIENTOS TRECE MIL SESENTA Y CUATRO PESOS					

Adriana Marentes

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ADRIANA EVELIN MARENTES AMAYA

CC: **53,130,369**

CEL: **3202013311**

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	ADRIANA EVELIN MARENTES AMAYA
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	53,130,369

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO QUIMICO FARMACEUTICO 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 4069 2023			FECHA INICIO CONTRATO	27/03/2023
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4,311,304				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 99,522,728			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 4,613,064
N° PAGO / N° DE INFORME:	15 de 15	N° CRP INICIAL:	11107	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:	82407708-82464468	OPERADOR:	MI PLANILLA		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GSP PSPIC - VSA				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	20	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICIÓN (20)	PRÓRROGA (18)
VALOR ADICIONADO	$ 5,541,599	CDP DE LA ADICIÓN:	1161	RP DE LA ADICIÓN:	18414	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,181,177	CDP DE LA ADICIÓN:	1520	RP DE LA ADICIÓN:	22407	TIEMPO PRORROGADO:	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,083,733	CDP DE LA ADICIÓN:	1715	RP DE LA ADICIÓN:	24912	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 10,680,246	CDP DE LA ADICIÓN:	2106	RP DE LA ADICIÓN:	30926	TIEMPO PRORROGADO:	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,638,135	CDP DE LA ADICIÓN:	2800	RP DE LA ADICIÓN:	37944	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4,613,064	CDP DE LA ADICIÓN:	3417	RP DE LA ADICIÓN:	40988	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,214,017	CDP DE LA ADICIÓN:	3850	RP DE LA ADICIÓN:	45079	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,777,838	CDP DE LA ADICIÓN:	4129	RP DE LA ADICIÓN:	50692	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,928,959	CDP DE LA ADICIÓN:	211	RP DE LA ADICIÓN:	10466	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ 3,860,934	CDP DE LA ADICIÓN:	399	RP DE LA ADICIÓN:	15225	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ 4,613,064	CDP DE LA ADICIÓN:	489	RP DE LA ADICIÓN:	17971	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 6,919,596	CDP DE LA ADICIÓN:	892	RP DE LA ADICIÓN:	19934	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,613,064	CDP DE LA ADICIÓN:	1322	RP DE LA ADICIÓN:	26692	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 4,613,064	CDP DE LA ADICIÓN:	1712	RP DE LA ADICIÓN:	30686	TIEMPO PRORROGADO:	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5,866,614	CDP DE LA ADICIÓN:	2248	RP DE LA ADICIÓN:	34770	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 1 DIA

VALOR ADICIONADO	$ 6,920,596	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**RP DE LA ADICIÓN:**	38510	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,613,064	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**RP DE LA ADICIÓN:**	41853	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4,613,064	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**RP DE LA ADICIÓN:**	44081	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,306,532	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3954	**RP DE LA ADICIÓN:**	48091	**TIEMPO PRORROGADO:**	16 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,613,064	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4011	**RP DE LA ADICIÓN:**	49149	**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

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
JAVIER RICARDO PEÑUELA PEREZ
PERFIL:
PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE GESTION

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	53130369	ADRIANA EVELIN MARENTES AMAYA	CLL 5 A # 68 F 54	6012610193	adrianamarentes2014@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
					TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	06/12/2024	82407708	$526.000	

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	230.700	0		0		0	0	0	0	230.700	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	295.300	0	0	0	0	0	0		295.300	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										

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	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	230.700	230.700
Pensión	1	295.300	295.300
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	526.000	526.000

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
CC	53130369	ADRIANA EVELIN MARENTES AMAYA		CLL 5 A # 68 F 54	6012610193	adrianamarentes2014@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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
2024-11	2024-11	I	06/12/2024	82407708	TOTAL A PAGAR	
					$526.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AFP	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	53130369	MARENTES AMAYA ADRIANA EVELIN	3	0			N																	25-14	1.845.226	295.300	0	0	0	0	EPS008	1.845.226	230.700		0		0		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Gmail

Adriana Marentes <adrianamarentes2014@gmail.com>

PSE Transacción Aprobada - CUS 1104341519

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>
Para: adrianamarentes2014@gmail.com

5 de diciembre de 2024, 19:05



¡Hola, Adriana Evelin Marentes Amaya!

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

Estado de la Transacción: **Aprobada**
CUS: 1104341519
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transacción: $ 526.000
Fecha de Transacción: 05/12/2024

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.

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	53130369	ADRIANA EVELIN MARENTES AMAYA	CLL 5 A # 68 F 54	6012610193	adrianamarentes2014@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
82407708	06/12/2024				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	N	06/12/2024	82464468	$56.100	

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					

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

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	45.000				45.000	0	0	45.000			450	45.000	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	11.100	0	0	11.100	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	0	0	0
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	45.000	45.000
CCF	1	11.100	11.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	56.100	56.100

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	53130369	ADRIANA EVELIN MARENTES AMAYA	CLL 5 A # 68 F 54	6012610193	adrianamarentes2014@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
82407708	06/12/2024				EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-11	2024-11	N	06/12/2024	82464468	$56.100

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotización	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	IMG	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
1	CC	53130369	MARENTES AMAYA ADRIANA EVELIN	59	0			N																	25-14	1.845.226	295.300	0	0	0	0	EPS008	1.845.226	230.700	14-7	1.845.226	3	45.000	CCF24	1.845.226	11.100	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Gmail

Adriana Marentes <adrianamarentes2014@gmail.com>

PSE Transacción Aprobada - CUS 1106043228

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>
Para: adrianamarentes2014@gmail.com

6 de diciembre de 2024, 12:10



¡Hola, Adriana Evelin Marentes Amaya!

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

Estado de la Transacción: **Aprobada**
CUS: 1106043228
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transacción: $ 56.100
Fecha de Transacción: 06/12/2024

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.

ADRIANA EVELIN MARENTES AMAYA

ADRIANA EVELIN MARENTES AMAYA NIT 53130369
Actividad Económica Principal 6810
No somos Gran Contribuyente
No somos Agente Retenedor del Impuesto sobre las Ventas - IVA
No somos Autorretenedor del Impuesto sobre la Renta y Complementarios

Factura Electrónica de Venta AEMA - 106

Representación Gráfica
Habilitación Numeración de Facturación Electrónica
No. 18764082696034 de 01/11/2024 - 01/05/2025 autoriza AEMA-101 a AEMA-3000

Tipo de Operación	Estandar
Fecha de Generación	06/12/2024 15:12
Fecha de Vencimiento	06/12/2024 15:12
Forma de Pago	Contado
Medio de Pago	Consignación bancaria
Moneda	COP

DATOS DEL EMISOR

Razón Social	ADRIANA EVELIN MARENTES AMAYA
CC	53130369
Obligación	IVA
Email	adrianamarentesfacturacion@gmail.com
Teléfono	2610193
Dirección	CL 5 A 68 F 54 BRR NUEVA MARSELLA
Ciudad, Depart.	BOGOTA, D.C., BOGOTA (CO)

DATOS DEL CLIENTE

Razón Social	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
NIT	900959051
Obligación	IVA
Email	subcentrooriente@saludcapital.gov.co
Teléfono	3444484
Dirección	Diagonal 34 No. 5-43
Ciudad, Depart.	BOGOTA, D.C., BOGOTA (CO)

No	REF	DESCRIPCIÓN	CANT	U/M	PRECIO	IMP	SUBTOTAL	TOTAL ITEM
1	SP0050	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DEL 3 AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2024, SEGÚN CONTRATO PS 4069 2023	1	EA	$4,613,064.00	IVA 0%	$4,613,064.00	$4,613,064.00

1

Subtotal	$4,613,064.00
Total a Pagar	$4,613,064.00

Unidades de medida: EA = cada

FIRMA EMISOR

FIRMA CLIENTE

CUFE: 32faea9adbe39b8cdf408ac89c0e3a98e6c6010612317b08a142ba56a64850d24ee5b5f6b7b8254f323d682186d52b7c

Software DATAICO fabricado por Proveedor Tecnológico DATAICO SAS 901223648