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 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

ALBA STELLA GOMEZ PELAYO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.023.906.259				
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 3980 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:	$ 53.662.937		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 2.460.448
Nº DE INFORME:	17	**Nº CRP:**	11025	**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 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:**	18332	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.163.364	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1520	**CRP DE LA ADICIÓN:**	22325	**TIEMPO PRORROGADO:**	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 1.644.756	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1715	**CRP DE LA ADICIÓN:**	24833	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 5.161.592	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2106	**CRP DE LA ADICIÓN:**	30848	**TIEMPO PRORROGADO:**	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.473.820	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2800	**CRP DE LA ADICIÓN:**	37873	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3417	**CRP DE LA ADICIÓN:**	40920	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.888.708	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3850	**CRP DE LA ADICIÓN:**	45011	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.486.269	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4129	**CRP DE LA ADICIÓN:**	50625	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.628.935	**CDP DE LA ADICIÓN:**	211	**CRP DE LA ADICIÓN:**	10399	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 2.059.288	**CDP DE LA ADICIÓN:**	399	**CRP DE LA ADICIÓN:**	15157	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	489	**CRP DE LA ADICIÓN:**	17904	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.690.672	**CDP DE LA ADICIÓN:**	892	**CRP DE LA ADICIÓN:**	19868	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1322	**CRP DE LA ADICIÓN:**	26628	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 2.941.956	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1712	**CRP DE LA ADICIÓN:**	30625	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.548	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**CRP DE LA ADICIÓN:**	34710	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 3.691.672	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38452	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**CRP DE LA ADICIÓN:**	41796	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**CRP DE LA ADICIÓN:**	44025	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.872.080	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3954	**CRP DE LA ADICIÓN:**	48035	**TIEMPO PRORROGADO:**	16 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.941.841	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4011	**CRP DE LA ADICIÓN:**	49093	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS

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

ITEM	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 fisico
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 fisico 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 fisico 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 habilitación 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 fisico 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 fisico 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 entevista indagando antecedentes patologicos, farmacologicos, estado actual de la persona a vacunar, dar educación al usuario sobre cuidados pos vacunales. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): producto en fisico
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 proposito de activar las rutas integrales de atención en salud. Educar a los usuarios sobre la importancia del autocuidado 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en fisico 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 tecnica según la poblacion objeto del PAI dentro de las estrategias programadas a realizar 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en fisico 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 fisico
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, disentimientos, consentimientos informados, estrategia de información, educación y comunicación. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en fisico 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 inmunobiologicos de acuerdo a la poblacion objeto del pai teniendo encuenta su inicio continuidad y terminacion de esquemas; para esto se debe tener encuenta (edad- esquema a administrar-cohorte de biologicos-anamnesis del paciente- aplicacion de los 10 correctos). 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): producto en fisico
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, disentimientos, consentimientos informados, estrategia de información, educación y comunicación. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en fisico 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 fisico y en magnético

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	82131550	**OPERADOR:**	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	COMPENSAR	4/12/2024	$ 162.500
PENSIÓN:	PORVENIR	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 ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a EPS, ARL, Pensión, RUT)
3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo SECOP de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

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

Alba Gomez

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ALBA STELLA GOMEZ PELAYO
CC: 1.023.906.259
CEL 3125229689

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 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:	ALBA STELLA GOMEZ PELAYO	**CC:**	1.023.906.259
		RUT (NIT):	1023906259-4
CORREO ELECTRÓNICO:	albag1091@hotmail.com	**TELÉFONO:**	3125229689
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 11 A 41 52 SUR	**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:	BANCOLOMBIA				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**N° CUENTA:**	60281139196

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

N° DEL CONTRATO:	PS 3980 2023	**N° CDP:**	4011	**N°. RP:**	49093	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: $ 53.662.937
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					

Alba Gomez

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ALBA STELLA GOMEZ PELAYO
CC: 1.023.906.259
CEL: 3125229689

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	ALBA STELLA GOMEZ PELAYO
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.023.906.259

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 3980 2023			**FECHA INICIO CONTRATO**	27/03/2023
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.299.448				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 53.662.937			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.460.448
N° PAGO / N° DE INFORME:	17 de 17	**N° CRP INICIAL:**	11025	**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:	82131550			**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

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:**	18332	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.163.364	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1520	**RP DE LA ADICIÓN:**	22325	**TIEMPO PRORROGADO:**	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 1.644.756	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1715	**RP DE LA ADICIÓN:**	24833	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 5.161.592	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2106	**RP DE LA ADICIÓN:**	30848	**TIEMPO PRORROGADO:**	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.473.820	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2800	**RP DE LA ADICIÓN:**	37873	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3417	**RP DE LA ADICIÓN:**	40920	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.888.708	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3850	**RP DE LA ADICIÓN:**	45011	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.486.269	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4129	**RP DE LA ADICIÓN:**	50625	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.628.935	**CDP DE LA ADICIÓN:**	211	**RP DE LA ADICIÓN:**	10399	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 2.059.288	**CDP DE LA ADICIÓN:**	399	**RP DE LA ADICIÓN:**	15157	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	489	**RP DE LA ADICIÓN:**	17904	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.690.672	**CDP DE LA ADICIÓN:**	892	**RP DE LA ADICIÓN:**	19868	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1322	**RP DE LA ADICIÓN:**	26628	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 2.941.956	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1712	**RP DE LA ADICIÓN:**	30625	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.548	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**RP DE LA ADICIÓN:**	34710	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 3.691.672	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**RP DE LA ADICIÓN:**	38452	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**RP DE LA ADICIÓN:**	41796	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**RP DE LA ADICIÓN:**	44025	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES

VALOR ADICIONADO	$ 1.872.080	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3954	**RP DE LA ADICIÓN:**	48035	**TIEMPO PRORROGADO:**	16 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.941.841	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4011	**RP DE LA ADICIÓN:**	49093	**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

Luz Pineda D

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
LUZ CONSUELO PINEDA DUEÑEZ
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	1023906259	ALBA STELLA GOMEZ PELAYO		cra 11 a n 41 52 sur	1234567	agomez.subredcentrooriente@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	04/12/2024	82131550	$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
230301	Porvenir	800224808-8	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

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	1023906259	ALBA STELLA GOMEZ PELAYO	cra 11 a n 41 52 sur	1234567	agomez.subredcentrooriente@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	04/12/2024	82131550	$428.200	

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	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	1023906259	GOMEZ PELAYO ALBA STELLA	59	0			N																	230301	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



¡Hola, Diana Marcela Martínez melo!

Gracias por utilizar los servicios de BANCO BBVA COLOMBIA S.A. y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: **Aprobada**
CUS: 1098470778
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripcion: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transaccion: $ 428.200
Fecha de Transacción: 03/12/2024

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 frecuentemente