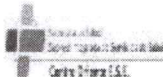
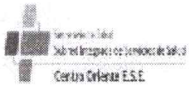


8 hrs.

	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								
LINA MAYERLY RAMIREZ GUINEA								
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				1,000,217,618				
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO AMBIENTAL 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 4463 2023		FECHA INICIO CONTRATO		27/03/2023	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 2,443,152		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO		UN (1) MES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 55,419,886			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 113,656	
Nº DE INFORME:		14		Nº CRP:		11470	Nº 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								
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	20	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	20	PRORROGAS	18		
VALOR ADICIONADO	\$ 3,140,199	CDP DE LA ADICIÓN:	1161	CRP DE LA ADICIÓN:	18781	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES	
VALOR ADICIONADO	\$ 1,236,009	CDP DE LA ADICIÓN:	1520	CRP DE LA ADICIÓN:	22764	TIEMPO PRORROGADO:	15 DIAS	
VALOR ADICIONADO	\$ 1,747,461	CDP DE LA ADICIÓN:	1715	CRP DE LA ADICIÓN:	25266	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES	
VALOR ADICIONADO	\$ 5,483,902	CDP DE LA ADICIÓN:	2106	CRP DE LA ADICIÓN:	31281	TIEMPO PRORROGADO:	23 DIAS	
VALOR ADICIONADO	\$ 2,628,295	CDP DE LA ADICIÓN:	2800	CRP DE LA ADICIÓN:	38285	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES	
VALOR ADICIONADO	\$ 2,614,088	CDP DE LA ADICIÓN:	3417	CRP DE LA ADICIÓN:	41319	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES	
VALOR ADICIONADO	\$ 2,004,773	CDP DE LA ADICIÓN:	3850	CRP DE LA ADICIÓN:	45383	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES	
VALOR ADICIONADO	\$ 1,578,453	CDP DE LA ADICIÓN:	4129	CRP DE LA ADICIÓN:	51006	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES Y 13 DIAS	
VALOR ADICIONADO	\$ 2,793,096	CDP DE LA ADICIÓN:	211	CRP DE LA ADICIÓN:	10778	TIEMPO PRORROGADO:		
VALOR ADICIONADO	\$ 2,187,878	CDP DE LA ADICIÓN:	399	CRP DE LA ADICIÓN:	15537	TIEMPO PRORROGADO:		
VALOR ADICIONADO	\$ 2,614,088	CDP DE LA ADICIÓN:	489	CRP DE LA ADICIÓN:	18273	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES	
VALOR ADICIONADO	\$ 3,921,132	CDP DE LA ADICIÓN:	892	CRP DE LA ADICIÓN:	20233	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 15 DIAS	
VALOR ADICIONADO	\$ 2,614,088	CDP DE LA ADICIÓN:	1322	CRP DE LA ADICIÓN:	26981	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 1 DIA	
VALOR ADICIONADO	\$ 2,614,088	CDP DE LA ADICIÓN:	1712	CRP DE LA ADICIÓN:	30934	TIEMPO PRORROGADO:	30 DIAS	
VALOR ADICIONADO	\$ 2,614,088	CDP DE LA ADICIÓN:	2248	CRP DE LA ADICIÓN:	35013	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 1 DIA	
VALOR ADICIONADO	\$ 3,922,132	CDP DE LA ADICIÓN:	2562	CRP DE LA ADICIÓN:	38749	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 15 DIAS	
VALOR ADICIONADO	\$ 2,614,088	CDP DE LA ADICIÓN:	3170	CRP DE LA ADICIÓN:	42086	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES	
VALOR ADICIONADO	\$ 2,614,088	CDP DE LA ADICIÓN:	3525	CRP DE LA ADICIÓN:	44269	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES	
VALOR ADICIONADO	\$ 1,307,044	CDP DE LA ADICIÓN:	3954	CRP DE LA ADICIÓN:	48264	TIEMPO PRORROGADO:	16 DIAS	
VALOR ADICIONADO	\$ 2,727,744	CDP DE LA ADICIÓN:	4011	CRP DE LA ADICIÓN:	49322	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
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: Se desarrollaron visitas de inspección, vigilancia y control de perfil tecnológico en las localidades asignadas. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato físicos de IVC en archivo central del área VSA y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA DC para el mes certificado.			
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: "Actividades desarrolladas se programaron de acuerdo al censo establecido y direccionado por la Secretaria Distrital de Salud, alimentado de manera diaria y de acuerdo a los establecido por el líder de línea." 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 físicos de IVC en archivo central del área VSA y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA DC 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 habitación 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 físicos de IVC en archivo central del área VSA y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA DC 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: "realización de Visitas de IVC siguiendo procedimientos según las indicaciones descritas en los lineamientos y accesos constantes para seguir la adherencia conceptual de lineamientos técnicos" 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato físicos de IVC en archivo central del área VSA y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA DC para el mes certificado.			
6	1. OBLIGACIÓN: Realizar las visitas de inspección, vigilancia y control, desde su perfil, 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: Visitas de IVC desde el perfil tecnológico a las localidades asignadas verificando el cumplimiento de las condiciones higiénico sanitarias de los establecimientos asignados descritas en la ley 9 de 1979 y toda normatividad sanitaria que tuvieron relación con las actividades a desempeñar en la respectiva visita. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): "Formato físicos 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: Soportes entregados de acuerdo a las políticas de gestión documental establecidas desde la Subred. 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): "Formato físicos de IVC en archivo central del área VSA y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA DC para el mes certificado."			
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	81807322	OPERADOR:	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	COMPENSAR	18/11/2024	\$ 162,500	
PENSIÓN:	PROTECCION	18/11/2024	\$ 208,000	
RIESGOS LABORALES:	SURA	18/11/2024	\$ 31,700	
OTRO			\$ -	
TOTAL PAGADO			\$ 402,200	
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				
				
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LINA MAYERLY RAMIREZ GUINEA				
CC: 1.000.217.618				
CEL 3006814900				



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN 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:	LINA MAYERLY RAMIREZ GUINEA	CC:	1,000,217,618
		RUT (NIT):	1000217618-5
CORREO ELECTRÓNICO:	mayerlyrag@gmail.com	TELÉFONO:	3006814900
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 15 19A 159	CIUDAD:	SOACHA

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:	SCOTIABANK COLPATRIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	6882097300
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)					

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

N° DEL CONTRATO:	PS 4463 2023	N° CDP:	4011	N° RP:		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: \$ 55,419,886

PERIODO OBJETO DE COBRO: DEL 1/11/2024 AL 30/11/2024

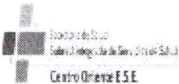
VALOR A PAGAR
CORRESPONDIENTE AL
PERIODO OBJETO DE COBRO EN
(LETRAS Y NÚMEROS)

\$ 113,656

CIENTO TRECE MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LINA MAYERLY RAMIREZ GUINEA

CC: 1,000,217,618
CEL: 3006814900

	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				LINA MAYERLY RAMIREZ GUINEA			
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD				1,000,217,618			
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO AMBIENTAL 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 4463 2023		FECHA INICIO CONTRATO		27/03/2023	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 2,443,152					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 55,419,886			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 113,656		
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		14 de 14		Nº CRP INICIAL:	11470	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:		81807322		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							
Nº DE MODIFICACIÓN:	20	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICIÓN (20)	PRÓRROGA (18)
VALOR ADICIONADO	\$ 3,140,199	CDP DE LA ADICIÓN:	1161	RP DE LA ADICIÓN:	18781	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 1,236,009	CDP DE LA ADICIÓN:	1520	RP DE LA ADICIÓN:	22764	TIEMPO PRORROGADO:	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 1,747,461	CDP DE LA ADICIÓN:	1715	RP DE LA ADICIÓN:	25266	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES
VALOR ADICIONADO	\$ 5,483,902	CDP DE LA ADICIÓN:	2106	RP DE LA ADICIÓN:	31281	TIEMPO PRORROGADO:	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 2,628,295	CDP DE LA ADICIÓN:	2800	RP DE LA ADICIÓN:	38285	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 2,614,088	CDP DE LA ADICIÓN:	3417	RP DE LA ADICIÓN:	41319	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 2,004,773	CDP DE LA ADICIÓN:	3850	RP DE LA ADICIÓN:	45383	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 1,578,453	CDP DE LA ADICIÓN:	4129	RP DE LA ADICIÓN:	51006	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 2,793,096	CDP DE LA ADICIÓN:	211	RP DE LA ADICIÓN:	10778	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	\$ 2,187,878	CDP DE LA ADICIÓN:	399	RP DE LA ADICIÓN:	15537	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	\$ 2,614,088	CDP DE LA ADICIÓN:	489	RP DE LA ADICIÓN:	18273	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 3,921,132	CDP DE LA ADICIÓN:	892	RP DE LA ADICIÓN:	20233	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 2,614,088	CDP DE LA ADICIÓN:	1322	RP DE LA ADICIÓN:	26981	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	\$ 2,614,088	CDP DE LA ADICIÓN:	1712	RP DE LA ADICIÓN:	30934	TIEMPO PRORROGADO:	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 2,614,088	CDP DE LA ADICIÓN:	2248	RP DE LA ADICIÓN:	35013	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 1 DIA

VALOR ADICIONADO	\$ 3,922,132	CDP DE LA ADICIÓN:	2562	RP DE LA ADICIÓN:	38749	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 2,614,088	CDP DE LA ADICIÓN:	3170	RP DE LA ADICIÓN:	42086	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 2,614,088	CDP DE LA ADICIÓN:	3525	RP DE LA ADICIÓN:	44269	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 1,307,044	CDP DE LA ADICIÓN:	3954	RP DE LA ADICIÓN:	48264	TIEMPO PRORROGADO:	16 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 2,727,744	CDP DE LA ADICIÓN:	4011	RP DE LA ADICIÓN:	49322	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)

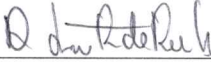
Nº DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	N/A

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 1/11/2024 al 30/11/2024

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1000217618	LINA MAYERLY RAMIREZ GUINEA		calle 15 #19a-159	9037629	mayerlyrag@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I - Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	

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					TOTAL A PAGAR
2024-10	2024-10	I	18/11/2024	81807322	\$405.500

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	11	1.300	0	163.800	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	11	1.700	0	209.700	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
				No. Autorización	Valor								
14-11	ARL SURA	890903790-5	31.700				31.700	11	300	32.000		317	32.000

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	11	0	0	0
ICBF				
0	11	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	163.800
Pensión	1	208.000	209.700
Riesgos Laborales	1	31.700	32.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	405.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1000217618	LINA MAYERLY RAMIREZ GUINEA		calle 15 #19a-159	9037629	mayerlyrag@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2024-10	2024-10	I	18/11/2024	81807322	TOTAL A PAGAR
					\$405.500

DETALLE POR COTIZANTE																																												
INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Esposa	Extranjero	Columna anterior	Exonerado	RENTA	RENTA	TAE	TAP	TAP	VPT	SLM	RE	VAC	APP	VCT	RL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Otras de riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1000217618	RAMIREZ GUINEA LINA MAYERLY	58	0			N														230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	3	31.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

 PSE Transacción Aprobada - CUS 1053845882

1 mensaje

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

15 de noviembre de 2024, 8:21 p.m.



¡Hola, Lina Mayerly Ramírez Guinea !

**Gracias por utilizar los servicios de SCOTIABANK
COLPATRIA y PSE. los siguientes son los datos de tu
transacción:**

Estado de la Transacción: **Aprobada** 
CUS: 1053845882
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transacción: \$ 405.500
Fecha de Transacción: 15/11/2024

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.