		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION				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							
ANA MARIA VILLA QUIÑONES							
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				1,070,974,181			
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN PSICOLOGIA ESPECIALISTA 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 4680 2023		FECHA INICIO CONTRATO:		27/03/2023
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 4,886,120		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO		UN (1) MES	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 110,553,046			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 5,199,762
Nº DE INFORME:		14		Nº CRP:		11671	Nº CDP:
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		1 AÑO 9 MESES 4 DIAS					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:				SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:				LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		20		TIPO DE MODIFICACIÓN		ADICIONES	
VALOR ADICIONADO		\$ 6,280,582		CDP DE LA ADICIÓN:		1161	
VALOR ADICIONADO		\$ 2,472,018		CDP DE LA ADICIÓN:		1520	
VALOR ADICIONADO		\$ 3,494,922		CDP DE LA ADICIÓN:		1715	
VALOR ADICIONADO		\$ 10,967,804		CDP DE LA ADICIÓN:		2106	
VALOR ADICIONADO		\$ 5,256,590		CDP DE LA ADICIÓN:		2800	
VALOR ADICIONADO		\$ 5,228,176		CDP DE LA ADICIÓN:		3417	
VALOR ADICIONADO		\$ 3,979,546		CDP DE LA ADICIÓN:		3850	
VALOR ADICIONADO		\$ 3,146,906		CDP DE LA ADICIÓN:		4129	
VALOR ADICIONADO		\$ 5,586,192		CDP DE LA ADICIÓN:		211	
VALOR ADICIONADO		\$ 4,375,756		CDP DE LA ADICIÓN:		399	
VALOR ADICIONADO		\$ 3,182,368		CDP DE LA ADICIÓN:		489	
VALOR ADICIONADO		\$ 9,869,658		CDP DE LA ADICIÓN:		892	
VALOR ADICIONADO		\$ 5,228,176		CDP DE LA ADICIÓN:		1322	
VALOR ADICIONADO		\$ 5,228,176		CDP DE LA ADICIÓN:		1712	
VALOR ADICIONADO		\$ 5,228,176		CDP DE LA ADICIÓN:		2248	
VALOR ADICIONADO		\$ 7,843,264		CDP DE LA ADICIÓN:		2562	
VALOR ADICIONADO		\$ 5,228,176		CDP DE LA ADICIÓN:		3170	
VALOR ADICIONADO		\$ 5,228,176		CDP DE LA ADICIÓN:		3525	
VALOR ADICIONADO		\$ 2,614,088		CDP DE LA ADICIÓN:		3954	
VALOR ADICIONADO		\$ 5,228,176		CDP DE LA ADICIÓN:		4011	
VALOR ADICIONADO				CDP DE LA ADICIÓN:			
VALOR ADICIONADO				CDP DE LA ADICIÓN:			
VALOR ADICIONADO				CDP DE LA ADICIÓN:			

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: Asistencia a la socialización de meta correspondiente al periodo de diciembre para la ejecución de actividades con calidad y de manera oportuna Participación en la reunión de preauditoría para la verificación del desarrollo de las actividades 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta de socialización de meta y preauditoría con listados de asistencia
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Elaboración cronograma de actividades desarrolladas en el periodo de diciembre y acciones proyectadas para el los siguientes días del mes. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Cronograma ejecutado Digital, cronograma proyectado en digital
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: Realización de un total de 62 sesiones por dupla, correspondiente a intervenciones individuales con población escolar en prevención de eventos prioritarios en salud mental e intervención grupal con docentes (bienestar emocional y fortalecimiento de capacidades). 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soportes del entorno cuidador educativo para salud mental, producto 59 (ficha de gestión del riesgo en salud mental, formato cope 28, consentimientos informados y ficha de sesiones colectivas).
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: Participación en la reunión de entorno del mes de diciembre 2024 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas de participación con listado de asistencia
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 y reunión de socialización de lineamientos técnicos para la vigencia diciembre 2024 a 22 de julio 2025. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta y listado de asistencia del Entorno Cuidador Educativo, en custodia de coordinación.
6	1. OBLIGACIÓN: Gestionar y hacer seguimiento a las canalizaciones del proceso a cargo. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Diligenciar y seguimiento a las canalizaciones realizadas. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Instrumento canalizaciones y base de seguimiento a la efectividad.
7	1. OBLIGACIÓN: Realizar el seguimiento en campo de los productos, metas o actividades al talento humano con los respectivos soportes y Generar los espacios que faciliten el direccionamiento técnico y acompañamiento con los equipos operativos asignados. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Diligenciamiento del instrumento de canalización para cada uno de los casos que requieran activación de las rutas, según necesidades y meta proyectada para el mes (15). Seguidimientos a las canalizaciones para verificar la efectividad. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Instrumento canalizaciones y drive de seguimiento a la efectividad.
8	1. OBLIGACIÓN: Diligenciar el 100% de la información en los tableros de control, indicadores y matrices que se generen y soliciten en el proceso asignado 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Retroalimentar bases de los productos específicos de manera oportuna y con calidad 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Tablero de control, matriz poblacional y bases internas del entorno cuidador educativo
9	1. OBLIGACIÓN: Participar y gestionar los acercamientos comunitarios e institucionales que se requieran, para el desarrollo de las acciones de cada Espacio y/o Proceso Transversal del PSPIC 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Participación en la reunión de seguimiento a las acciones y preauditoría, consolidación de tablero de control mensual y tablero poblacional. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Drive del producto 59: Salud mental es MAS bienestar.
10	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar acciones de gestión documental de acuerdo a planeación del apoyo a la gestión, correspondiente a la actualización para transferencia de archivo 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Organización de archivo físico y registro en FUID
11	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: Se realizan actividades requeridas de acuerdo a la necesidad de la ejecución del contrato. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soportes requeridos de acuerdo a la actividad

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	81819152 - 82441178	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	18/11/2024 - 06/12/2024	\$ 270,000
PENSIÓN:	PROTECCION	18/11/2024 - 06/12/2024	\$ 345,600
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	18/11/2024 - 06/12/2024	\$ 52,700
OTRO:	CCF COMPENSAR	18/11/2024 - 06/12/2024	\$ 43,200
TOTAL PAGADO			\$ 711,500

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 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.

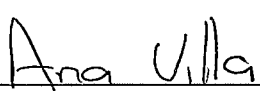
VII. ANEXOS

(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

Ana Villa

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ANA MARIA VILLA QUIÑONES
CC: 1.070.974.181
CEL 3115643129

	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:	ANA MARIA VILLA QUIÑONES			CC:	1,070,974,181	
				RUT (NIT):	1070974181-1	
CORREO ELECTRÓNICO:	anavilla.ps@gmail.com			TELÉFONO:	3115643129	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 26 61F 39			CIUDAD:	BOGOTÁ	
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.						
NO tomaré costos y deducciones				()		
SI tomaré costos y deducciones				(X)		
La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.						
Régimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación				SI ()		NO (X)
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA					
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488402030107	
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	PS 4680 2023	N° CDP:	4011	N° RP:	49401	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: \$ 110,553,046	
PERÍODO OBJETO DE COBRO:	DEL 3/12/2024 AL 31/12/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 5,199,762					
	CINCO MILLONES CIENTO NOVENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS SESENTA Y DOS PESOS					
						
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ANA MARIA VILLA QUIÑONES						
CC:	1,070,974,181					
CEL:	3115643129					

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E						CÓDIGO: AP 1A FT-078	
APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN						VERSIÓN: 2	
FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION						FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y							
NOMBRE DEL CONTRATISTA				ANA MARIA VILLA QUINONES			
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD				1,070,974,181			
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN PSICOLOGIA ESPECIALISTA 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		PS 4680 2023		FECHA INICIO CONTRATO		27/03/2023	
Nº.							
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 4,886,120					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 110,553,046				VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 5,199,762	
Nº PAGO /Nº DE INFORME:		14 de 14		Nº CRP INICIAL: 11671		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:		81819152- 82441178		OPERADOR:		MI PLANILLA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		GSP PSPIC - EDUCATIVO					
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30					
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
Nº DE MODIFICACIÓN:	20	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):				ADICIÓN (20)	PRÓRROGA (18)
VALOR ADICIONADO	\$ 6,280,582	CDP DE LA ADICIÓN:	1161	RP DE LA ADICIÓN:	18984	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 2,472,018	CDP DE LA ADICIÓN:	1520	RP DE LA ADICIÓN:	22960	TIEMPO PRORROGADO:	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 3,494,922	CDP DE LA ADICIÓN:	1715	RP DE LA ADICIÓN:	25452	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES
VALOR ADICIONADO	\$ 10,967,804	CDP DE LA ADICIÓN:	2106	RP DE LA ADICIÓN:	31466	TIEMPO PRORROGADO:	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 5,256,590	CDP DE LA ADICIÓN:	2800	RP DE LA ADICIÓN:	38462	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 5,228,176	CDP DE LA ADICIÓN:	3417	RP DE LA ADICIÓN:	41488	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 3,979,546	CDP DE LA ADICIÓN:	3850	RP DE LA ADICIÓN:	45537	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 3,146,906	CDP DE LA ADICIÓN:	4129	RP DE LA ADICIÓN:	51172	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 5,586,192	CDP DE LA ADICIÓN:	211	RP DE LA ADICIÓN:	10943	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	\$ 4,375,756	CDP DE LA ADICIÓN:	399	RP DE LA ADICIÓN:	15700	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	\$ 3,182,368	CDP DE LA ADICIÓN:	489	RP DE LA ADICIÓN:	18427	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 9,869,658	CDP DE LA ADICIÓN:	892	RP DE LA ADICIÓN:	20386	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 5,228,176	CDP DE LA ADICIÓN:	1322	RP DE LA ADICIÓN:	27126	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	\$ 5,228,176	CDP DE LA ADICIÓN:	1712	RP DE LA ADICIÓN:	31055	TIEMPO PRORROGADO:	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 5,228,176	CDP DE LA ADICIÓN:	2248	RP DE LA ADICIÓN:	35132	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 1 DIA

VALOR ADICIONADO	\$ 7,843,264	CDP DE LA ADICIÓN:	2562	RP DE LA ADICIÓN:	38864	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 5,228,176	CDP DE LA ADICIÓN:	3170	RP DE LA ADICIÓN:	42190	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 5,228,176	CDP DE LA ADICIÓN:	3525	RP DE LA ADICIÓN:	44353	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 2,614,088	CDP DE LA ADICIÓN:	3954	RP DE LA ADICIÓN:	48342	TIEMPO PRORROGADO:	16 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 5,228,176	CDP DE LA ADICIÓN:	4011	RP DE LA ADICIÓN:	49401	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: YOHNNY LIRIOLA HERNÁNDEZ GARCÍA PERFIL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE GESTION

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1070974181	ANA MARIA VILLA QUIRÓNES		CR 26 # 61 F - 39 Localidad de	6346956	anavilla.ps@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
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 1
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC 0
2024-11	2024-11	I	18/11/2024	81819152	TOTAL A PAGAR \$689.100

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	261.500	0		0		0	0	0	0	261.500	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	
Z30201	Proteccion (ING + Protección)	890229739-0	334,700	0	0	0	0	0	0		334,700	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								
14-23	Positiva Seguros	850011153-6	51.000				51.000	0	0	51.000			510
												51.000	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora
CCF24	Compensar Caja				860066942-7	41.900	0
						0	0
						41.900	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	261.500	261.500
Pensión	1	334.700	334.700
Riesgos Laborales	1	51.000	51.000
CCF	1	41.900	41.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	689.100	689.100

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1070974181	ANA MARIA VILLA QUIRÓNES		CR 26 # 61 F - 39 Localidad de	6346556	anavilla.psg@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ, D.C.	
						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
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-11	2024-11	1	18/11/2024	81819152	\$689.100

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES												PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES												
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Continuación	Salvo	Extemporánea	Comun. ordinaria	Comun. extraordinaria	RET	RET	RET	RET	RET	RET	RET	RET	RET	RET	RET	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	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1070974181	VILLA QUIRÓNES ANA MARIA	59	0															232.201	2.691.270	334.700	0	0	0	0	EP500	2.091.270	261.600	14-23	2.691.270	3	51.050	CCF24	2.091.270	41.900	0	0	0	0	0

PAGADA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS

1056045495

Destino de pago

COMPENSAR-OI

Motivo

MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha

16/11/2024

Número de aprobación

00045495

Dirección IP

186.31.9.14

Valor transacción

\$ 689.100,00

Costo de la transacción

\$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1

Referencia 2

CC

Referencia 3

1070974181

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1070974181	ANA MARIA VILLA QUIÑONES		CR 28 # 61 F - 39 Localidad de	6346556	anavilla_ps@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
81819152	18/11/2024				EMPLEADOS 1
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC 0
2024-11	2024-11	N	06/12/2024	82441178	TOTAL A PAGAR \$22.400

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	8.500	0		0		0	0	0	0	8.500	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Protección)	800229739-0	10.900	0	0	0	0	0	0	0	10.900	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										
14-23	Positiva Seguros	860011159-6	1.700				1.700	0	0	1.700			17	1.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	1.300	0	0	1.300	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	8.500	8.500
Pensión	1	10.900	10.900
Riesgos Laborales	1	1.700	1.700
CCF	1	1.300	1.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	22.400	22.400

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1070974181	ANA MARIA VILLA QUIRONES		CR 28 # 61 F. 39 Localidad de Villavieja	6346556	anavilla.ps@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
81818152	18/11/2024				EMPLEADOS	UPC
		1			0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2024-11	2024-11	N	06/12/2024	82441178	\$22,490	

DETALLE POR COTIZANTE																																							
INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN					SALUD		RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES									
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Seguro	Exoneración	Cotiza. Volunt.	EPS	AFCT	AFCT	AFCT	AFCT	AFCT	AFCT	AFCT	AFCT	AFCT	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	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1070974181	VILLA QUIRONES ANA MARIA	09	0		N											235121	2.159.467	345.600	0	0	0	0	EP5006	2.159.467	270.000	14-23	2.159.467	3	52.760	CCF24	2.159.467	43.200	0	0	0	0	0

PAGADA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS

1105308922

Destino de pago

COMPENSAR-OI

Motivo

MIPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha

06/12/2024

Número de aprobación

00308922

Dirección IP

191.156.39.9

Valor transacción

\$ 22.400,00

Costo de la transacción

\$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1

Referencia 2

CC

Referencia 3

1070974181