	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					
MARIANELLA DUCUARA LUNA					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1,000,850,996				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN TRABAJO SOCIAL 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 5012 2024		FECHA INICIO CONTRATO	17/09/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4,397,950	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	UN (1) MES Y TRES (3) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 14,393,290		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 3,998,136	
N° DE INFORME:	6	N° CRP:	42607	N° CDP:	2713
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	3 MESES 14 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

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	3	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	3	PRORROGAS	3	
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	CDP DE LA ADICIÓN:	3525	CRP DE LA ADICIÓN:	43778	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1,999,068	CDP DE LA ADICIÓN:	3954	CRP DE LA ADICIÓN:	47743	TIEMPO PRORROGADO:	16 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	CDP DE LA ADICIÓN:	4011	CRP DE LA ADICIÓN:	48772	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:	
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:	
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:	
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:	
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:	
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:	
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 especificas realizadas durante el mes)
1	1. OBLIGACIÓN: Prestar sus servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividades del Pan de Intervenciones Colestivas en el Distrito Capital segun convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS Y LA SUBRED. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Reunión de socializacion de meta del mes de Diciembre 2024. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas de participación con listados de asistencia
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Elaboración de Cronograma de Actividades del mes de Diciembre con actualización periodica. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Cronograma digital
3	1. OBLIGACIÓN: Apoyar la presentación de servicios en el plan de intervenciones colectivas, presnetando información y/o soporrtes que se solicite conforme a los anexos y lineamientos tecnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realización de 53 sesiones de intervenciones individuales con población escolar en prevención de embarazos subsiguiente, 8 sesiones de intervenciones individuales con población escolar en paternidad temprana, 1 sesión colectiva de fortalecimiento de capacidades a docentes de instituciones educativas para el mes de Diciembre 2024. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Fichas de prevención del embarazo subsiguiente y fichas 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 estandares de habilitación y acreditación de servicios de salud. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: No se realiza esta actividad para el mes de Diciembre 2024 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): No se cuenta con soporte o evidencia, ya que no se programo la actividad para el mes
5	1. OBLIGACIÓN: Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos tecnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se cuenta con participación en la reunion de socializacion y apropiación conceptual de los lineamientos establecidos del para diciembre 2024 a julio 2025. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta de participación con listado de asistencia
6	1. OBLIGACIÓN: Desarrolar procesos de asistencia tecnica desde los diferentes procesos del Plan de Intervenciones Colectivas conforme a su saber disciplinar y profesional, en función de los requerimientos de los entornos y procesos transversales. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: No se realiza esta actividad para el mes de Diciembre 2024 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): No se cuenta con soporte o evidencia, ya que no se programo la actividad para el mes
7	1. OBLIGACIÓN: Realizar revisión y responder por los formatos,documentos, bases o informes generados como resultado de las acciones o intervenciones realizadas en cumplimiento a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Participación en la reunión de seguimiento a las acciones y preauditoria, consolidación de tablero de control mensual y tablero poblacional. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta de participación preauditorias con listado de asistencia y bases dispuestas desde el entorno
8	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 de PSPIC. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Para el mes de Diciembre 2024 no se realizaron concertaciones con las instituciones educativas para la captacion de poblacion y fortalecimiento de los enlaces institucionales 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): No se cuenta con soporte o evidencia, ya que no se programo la actividad para el mes
9	1. OBLIGACIÓN: Activar y notificar los eventos de interés en la salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizan proceso de canalización de acuerdo a las necesidades priorizadas e identificadas. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de canalización y seguimiento (15)
10	1. OBLIGACIÓN: Participaren las asistencias técnicas convocadas por SDS de acuerdo a los procesos asignados y conforme a las actividades ,metas, y productos establecidos en los anexos y lineamientos técnicis del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Asistencia técnica del tema SSSR: anticoncepción, Ruta maternoperinatal, Interrupción voluntaria del embarazo, cuidado y gestión menstrual y RIAS. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas de participación con listados de asistencia
11	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y la 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): Cajas de organización y archivo FUID
12	1. OBLIGACIÓN: Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objetodel contrato y que sean requeridas por la supervisión contenidas en e formato de necesidad 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:	82305076	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	6/12/2024	$ 200,000
PENSIÓN:	PROTECCION	6/12/2024	$ 255,900
RIESGOS LABORALES:	SURA	6/12/2024	$ 39,000
OTRO			$ -
	TOTAL PAGADO		$ 494,900

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

Marianella Ducuara

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MARIANELLA DUCUARA LUNA
CC: 1,000,850,996
CEL 3152257069

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:	MARIANELLA DUCUARA LUNA	**CC:**	1,000,850,996
		RUT (NIT):	1000850996-8
CORREO ELECTRÓNICO:	nelladucuara@hotmail.com	**TELÉFONO:**	3152257069
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KM 10 VIA LA CALERA	**CIUDAD:**	LA CALERA

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.

NO tomaré costos y deducciones	(X)
SI tomaré costos y deducciones	( )

La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.

Régimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación	SI ( )	NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**Nº CUENTA:**	488445437301

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

Nº DEL CONTRATO:	PS 5012 2024	**Nº CDP:**	4011	**Nº. RP:**	48472	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:** 3 MESES 14 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	17/09/2024	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		31/12/2024		**TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** $ 14,393,290
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL	3/12/2024	AL	31/12/2024		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	$ 3,998,136					
	TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CIENTO TREINTA Y SEIS PESOS					

Marianella Ducuara

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MARIANELLA DUCUARA LUNA
CC: 1,000,850,996
CEL: 3152257069

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	MARIANELLA DUCUARA LUNA
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1,000,850,996

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN TRABAJO SOCIAL 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 5012 2024	FECHA INICIO CONTRATO	17/09/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4,397,950		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 14,393,290	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 3,998,136
N° PAGO / N° DE INFORME:	6 de 6	N° CRP INICIAL: 42607	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO: 2713
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	3 MESES 14 DIAS		
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	82305076	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

N° DE MODIFICACIÓN:	3	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICIÓN (3)	PRÓRROGA (3)
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	CDP DE LA ADICIÓN:	3525	RP DE LA ADICIÓN:	43778	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1,999,068	CDP DE LA ADICIÓN:	3954	RP DE LA ADICIÓN:	47743	TIEMPO PRORROGADO:	16 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	CDP DE LA ADICIÓN:	4011	RP DE LA ADICIÓN:	48442	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:	
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:	
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:	
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:	
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:	
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:	
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:
YOHNNY LIRIOLA HERNANDEZ GARCIA
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	1000850996	MARIANELLA DUCUARA LUNA		KM 11 VIA LA CALERA	3152257069	lunaducuara45@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	LA CALERA		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	1	06/12/2024	82305076	$494.900	

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	200.000	0		0		0	0	0	0	200.000	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	Protección (ING + Protección)	800229739-0	255.900	0	0	0	0	0	0		255.900	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	39.000				39.000	0	0	39.000			390	39.000	1

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	200.000	200.000
Pensión	1	255.900	255.900
Riesgos Laborales	1	39.000	39.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	494.900	494.900

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	1000850996	MARIANELLA DUCUARA LUNA	KM 11 VIA LA CALERA	3152257089	lunaducuara45@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	LA CALERA		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-11	2024-11	I	06/12/2024	82305076	$494.900

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 solidaridad	Extranjero	IGE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	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	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1000850996	DUCUARA LUNA MARIANELLA	59	0			N																230201	1.599.254	255.900	0	0	0	0	EPS008	1.599.254	200.000	14-11	1.599.254	3	39.000		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DAVIVIENDA

BANCO DAVIVIENDA S.A.

CERTIFICA:

Que **MARIANELLA DUCUARA LUNA**, quien se identifica con **Cédula de ciudadanía** No. **1000850996** y es titular de la cuenta terminada en ****7301** , realizó el siguiente pago a través de :

Fecha del pago	Valor	Destino	Factura - Referencia	Número de Autorización
05/12/2024	$ 494.900,00	COMPENSAR-OI	1104554003	04554003

Se expide en Bogotá, el 05-12-2024.

Atentamente,

BANCO DAVIVIENDA S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Banco Davivienda S.A.