	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					
VICTOR JAVIER PAEZ DUARTE					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.033.733.731				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN 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 5333 2023	**FECHA INICIO CONTRATO**	6/05/2023		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.864.865	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	VEINTINUEVE (29) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 82.567.742	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.998.136		
N° DE INFORME:	14	**N° CRP:**	20008	**N° CDP:**	1236
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	1 AÑO 7 MESES 25 DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6BH CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 29				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	19	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	19	**PRORROGAS**	17	
VALOR ADICIONADO	$ 1.890.423	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1520	**CRP DE LA ADICIÓN:**	23173	**TIEMPO PRORROGADO:**	10 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3.346.266	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1715	**CRP DE LA ADICIÓN:**	25655	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 8.387.394	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2106	**CRP DE LA ADICIÓN:**	31666	**TIEMPO PRORROGADO:**	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 6.369.494	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2800	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38643	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.998.136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3417	**CRP DE LA ADICIÓN:**	41661	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.702.667	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3850	**CRP DE LA ADICIÓN:**	45702	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.408.882	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4129	**CRP DE LA ADICIÓN:**	51340	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4.271.921	**CDP DE LA ADICIÓN:**	211	**CRP DE LA ADICIÓN:**	11111	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 3.346.266	**CDP DE LA ADICIÓN:**	399	**CRP DE LA ADICIÓN:**	15874	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 3.998.136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	489	**CRP DE LA ADICIÓN:**	18586	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5.997.204	**CDP DE LA ADICIÓN:**	892	**CRP DE LA ADICIÓN:**	20548	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3.998.136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1322	**CRP DE LA ADICIÓN:**	27280	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 3.998.136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1712	**CRP DE LA ADICIÓN:**	31188	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3.998.136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**CRP DE LA ADICIÓN:**	35263	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 5.998.204	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38986	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3.998.136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**CRP DE LA ADICIÓN:**	42307	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.998.136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**CRP DE LA ADICIÓN:**	44454	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.999.068	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3954	**CRP DE LA ADICIÓN:**	48434	**TIEMPO PRORROGADO:**	16 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3.998.136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4011	**CRP DE LA ADICIÓN:**	49489	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	X	
N° DE PÓLIZA:	N/A	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		N/A	
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	**FECHA DE APROBACIÓN:**		N/A	

ÍTEM	IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)
1	1. OBLIGACIÓN: Prestar sus servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Descargar del aplicativo RUAF ND los datos de los eventos nacidos vivos y defunciones por lugar ocurrencia de octubre - noviembre (Bases) * Descargar del aplicativo RUAF ND los datos de los eventos nacidos vivos y defunciones por lugar residencia de octubre - noviembre (Bases) * Verificar y depurar los datos, variables de georreferenciación nacidos vivos y defunciones por lugar de ocurrencia octubre - noviembre (Bases) * Análisis y envío semanal de las bases para correccion a las UPGD públicas y privadas del área de influencia de la Subred. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2024$\250_46_8_EEVV\12.ENVIO_SEM_UPGD\12.DICIEMBRE\SEGUIMIENTO SEMANAL
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza entrega del Plan Operativo del mes de NOVIEMBRE 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2024$\250_46_8_PRODUCTOS_GESTION\23. CRONOG_MES_A_MES
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: Entrega de los productos establecidos por lineamientos SDS, Auditoria y los subsistemas Análisis y envio semanal de las bases para las UPGD públicas y privadas Responder solicitudes telefónicas de SDS y UPGD 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2024$\250_46_8_EEVV\12.ENVIO_SEM_UPGD\12.DICIEMBRE\SEGUIMIENTO SEMANAL
4	1. OBLIGACIÓN: Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Descargar del aplicativo RUAF ND los datos de los eventos nacidos vivos y defunciones por lugar ocurrencia de octubre - noviembre (Bases) * Descargar del aplicativo RUAF ND los datos de los eventos nacidos vivos y defunciones por lugar residencia de octubre - noviembre (Bases) * Verificar y depurar los datos, variables de georreferenciación nacidos vivos y defunciones por lugar de ocurrencia octubre - noviembre (Bases) * Análisis y envio semanal de las bases para correccion a las UPGD públicas y privadas del área de influencia de la Subred. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2024$\250_46_8_EEVV\8.CAPACITACIONES\12.DICIEMBRE \\172.26.33.40\sivigila2024$\250_46_8_EEVV\12.ENVIO_SEM_UPGD\12.DICIEMBRE\SEGUIMIENTO SEMANAL
5	1. OBLIGACIÓN: Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Lectura de los Lineamientos y apropiación de las tareas asignadas 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): escritorio/sivigila2024/EEVV/Lineamientos
6	1. OBLIGACIÓN: Desarrollar procesos de asistencia técnica desde los diferentes procesos del Plan de Intervenciones Colectivas conforme a su saber disciplinar y profesional, en función de los requerimientos de los entornos y procesos transversales. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: *Desarrolla procesos de asistencia técnica desde los procesos de Estadisticas vitales a las intituciones UPGDs o UIs úblicas y privadas del área de influencia de la Subred. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2024$\250_46_8_EEVV\7.CALIDAD_COBERTURA\12.DICIEMBRE
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: se realiza seguimiento a bases o informes generados como resultado de las acciones o intervenciones realizadas en cumplimiento a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2024$\250_46_8_EEVV
8	1. OBLIGACIÓN: Participar y gestionar los acercamientos comunitarios e institucionales que se requieran, para el desarrollo de las acciones de cada Espacio y/o Proceso Transversal del PSPIC 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Asistencia tecnica y acercamientos capacitaciones a instituciones publicas y privadas del área de influencia de la Subred Centro Oriente 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2024$\250_46_8_EEVV\7.CALIDAD_COBERTURA\12.DICIEMBRE \\172.26.33.40\sivigila2024$\250_46_8_EEVV\8.CAPACITACIONES\12.DICIEMBRE
9	1. OBLIGACIÓN: Activar y notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Notificacion de eventos de interes en salud publica detectados. Articulacion subsistemas cruce bases RUAF vs SIVIGILA identificando eventos de interes en salud publica 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2024$\250_46_8_EEVV\11.ART_SUBSISTEMAS\12.DICIEMBRE\ARTICULACION_SEMANAL

10	1. OBLIGACIÓN: Participar en 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 técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Participacion en asistencias tecnicas del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2024$\250_46_8_EEVV
11	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Archivo de la documentación de acuerdo a la tabla de retención documental. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2024$\250_46_8_EEVV
12	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 por la supervision relacionadas con el objeto del contrato. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2024$\250_46_8_EEVV

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	82050271	**OPERADOR:**	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	SANITAS	9/12/2024	$ 200.000
PENSIÓN:	PORVENIR	9/12/2024	$ 255.900
RIESGOS LABORALES:	SURA	9/12/2024	$ 39.000
OTRO			$ -
	TOTAL PAGADO		**$ 494.900**

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

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

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: VICTOR JAVIER PAEZ DUARTE
CC: 1.033.733.731
CEL 3057139775

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:	VICTOR JAVIER PAEZ DUARTE	**CC:**	1.033.733.731
		RUT (NIT):	1033733731-2
CORREO ELECTRÓNICO:	vjpaezd@gmail.com	**TELÉFONO:**	3057139775
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 40 H SUR 74 D 15	**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:	BANCO DAVIVIENDA				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**N° CUENTA:**	475900070768

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	PS 5333 2023	**N° CDP:**	4011	**N°. RP:**	49489	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: 1 AÑO 7 MESES 25 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	6/05/2023	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		31/12/2024		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 82.567.742
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 3/12/2024 AL 31/12/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 3.998.136 TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CIENTO TREINTA Y SEIS PESOS					

Victor Javier Paez

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: VICTOR JAVIER PAEZ DUARTE

CC: **1.033.733.731**

CEL: **3057139775**

Secretaría Distrital 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	VICTOR JAVIER PAEZ DUARTE				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.033.733.731				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN 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 5333 2023		**FECHA INICIO CONTRATO**	6/05/2023	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.864.865				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 82.567.742		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.998.136	
N° PAGO / N° DE INFORME:	14 de 14	**N° CRP INICIAL:**	20008	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	1236
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	1 AÑO 7 MESES 25 DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	82050271	**OPERADOR:**	MI PLANILLA		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GSP PSPIC - VSP				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6BH CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 29				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° DE MODIFICACIÓN:	19	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICIÓN (19)	PRÓRROGA (17)
VALOR ADICIONADO	$ 1.890.423	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1520	**RP DE LA ADICIÓN:**	23173	**TIEMPO PRORROGADO:**	10 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3.346.266	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1715	**RP DE LA ADICIÓN:**	25655	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 8.387.394	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2106	**RP DE LA ADICIÓN:**	31666	**TIEMPO PRORROGADO:**	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 6.369.494	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2800	**RP DE LA ADICIÓN:**	38643	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.998.136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3417	**RP DE LA ADICIÓN:**	41661	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.702.667	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3850	**RP DE LA ADICIÓN:**	45702	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.408.882	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4129	**RP DE LA ADICIÓN:**	51340	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4.271.921	**CDP DE LA ADICIÓN:**	211	**RP DE LA ADICIÓN:**	11111	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 3.346.266	**CDP DE LA ADICIÓN:**	399	**RP DE LA ADICIÓN:**	15874	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 3.998.136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	489	**RP DE LA ADICIÓN:**	18586	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5.997.204	**CDP DE LA ADICIÓN:**	892	**RP DE LA ADICIÓN:**	20548	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3.998.136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1322	**RP DE LA ADICIÓN:**	27280	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 3.998.136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1712	**RP DE LA ADICIÓN:**	31188	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3.998.136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**RP DE LA ADICIÓN:**	35263	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 5.998.204	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**RP DE LA ADICIÓN:**	38986	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS

VALOR ADICIONADO	$ 3.998.136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**RP DE LA ADICIÓN:**	42307	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.998.136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**RP DE LA ADICIÓN:**	44454	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.999.068	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3954	**RP DE LA ADICIÓN:**	48434	**TIEMPO PRORROGADO:**	16 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3.998.136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4011	**RP DE LA ADICIÓN:**	49489	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS

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:
MARIA CRISTINA DUARTE GARZON
CARGO:
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 29

Olga J. Forero

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
OLGA LUCIA FORERO GONZALEZ
PERFIL:
PROFESIONAL ESPECIALIZADO 3

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1033733731	VICTOR JAVIER PAEZ DUARTE		calle 40 h sur # 74 d 15	3057139775	vjpaezd@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 (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	09/12/2024	82050271	$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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	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
230301	Porvenir	800224808-8	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

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	1033733731	VICTOR JAVIER PAEZ DUARTE	calle 40 h sur # 74 d 15	3057139775	vjpaezd@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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-11	2024-11	I	09/12/2024	82050271	$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	Colomb. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	DCI	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	1033733731	PAEZ DUARTE VICTOR JAVIER	59	0			N																	230301	1.599.254	255.900	0	0	0	0	EPS005	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

RappiCuenta



Pago exitoso con PSE

Tu pago se realizó con exito. A continuación te mostramos el detalle de la transacción.

Estos son los datos de la compra:

Monto total

$494.900

Estado de la transacción: **Exitosa**

Código único CUS: **1108407300**

Nombre de la empresa: **COMPENSAR-OI**

Descripción del pago: **MiPlanilla.com Pago Proteccion Social**

Referencias adicionales: **CC, 1033733731**

Número de factura de la empresa: **82050271**

Fecha de la solicitud: **07 Dic. 2024, 10:07:13 a. m.**

*Impuesto del Gobierno que aplica por el uso de la cuenta.