Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
SANDRA YAMILE LOPEZ TOCAREMA					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	52,288,404				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO QUIMICO FARMACEUTICO 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 4068 2023	FECHA INICIO CONTRATO	27/03/2023		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4,311,304	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	UN (1) MES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 99,487,728	VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:	$ 4,613,064		
Nº DE INFORME:	17	Nº CRP:	11106	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	$ 5,541,599	CDP DE LA ADICIÓN:	1161	CRP DE LA ADICIÓN:	18413	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,181,177	CDP DE LA ADICIÓN:	1520	CRP DE LA ADICIÓN:	22406	TIEMPO PRORROGADO:	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,083,733	CDP DE LA ADICIÓN:	1715	CRP DE LA ADICIÓN:	24911	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 10,178,826	CDP DE LA ADICIÓN:	2106	CRP DE LA ADICIÓN:	30925	TIEMPO PRORROGADO:	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,638,135	CDP DE LA ADICIÓN:	2800	CRP DE LA ADICIÓN:	37943	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4,613,064	CDP DE LA ADICIÓN:	3417	CRP DE LA ADICIÓN:	40987	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,514,869	CDP DE LA ADICIÓN:	3850	CRP DE LA ADICIÓN:	45078	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,777,838	CDP DE LA ADICIÓN:	4129	CRP DE LA ADICIÓN:	50691	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,928,959	CDP DE LA ADICIÓN:	211	CRP DE LA ADICIÓN:	10465	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ 4,613,064	CDP DE LA ADICIÓN:	399	CRP DE LA ADICIÓN:	15224	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ 5,365,194	CDP DE LA ADICIÓN:	489	CRP DE LA ADICIÓN:	17970	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 6,267,750	CDP DE LA ADICIÓN:	892	CRP DE LA ADICIÓN:	19933	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,613,064	CDP DE LA ADICIÓN:	1322	CRP DE LA ADICIÓN:	26691	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 4,613,064	CDP DE LA ADICIÓN:	1712	CRP DE LA ADICIÓN:	30685	TIEMPO PRORROGADO:	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5,139,555	CDP DE LA ADICIÓN:	2248	CRP DE LA ADICIÓN:	34769	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 6,955,809	CDP DE LA ADICIÓN:	2562	CRP DE LA ADICIÓN:	38509	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,613,064	CDP DE LA ADICIÓN:	3170	CRP DE LA ADICIÓN:	41852	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4,613,064	CDP DE LA ADICIÓN:	3525	CRP DE LA ADICIÓN:	44080	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,306,532	CDP DE LA ADICIÓN:	3954	CRP DE LA ADICIÓN:	48090	TIEMPO PRORROGADO:	16 DÍAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,618,064	CDP DE LA ADICIÓN:	4011	CRP DE LA ADICIÓN:	49148	TIEMPO PRORROGADO:	30 DÌAS
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

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 especificas 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 profesional en las localidades asignadas. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato fisicos 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: Las actividades desarrolladas se programan de acuerdo al censo establecido y direccionado por la Secretaria Distrital de Salud, alimentado de manera diaria y de cuerdo a los establecido por el lider de linea. 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 fisicos 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 habilitación 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 fisicos 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: Apropiación conceptual de los lineamientos tecnicos enviados desde nivel central de la SDS y reinducciones direccionadas desde la linea de intervencion. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta en poder de la líder de la linea de calidad del agua y saneamiento básico de las localidades de Santafe y Mártires.
6	1. OBLIGACIÓN: Realizar las visitas de inspección, vigilancia y control, desde su perfil profesional, 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: Se desarrollaron visitas de inspección, vigilancia y control de perfil profesional en las localidades asignadas, así: Intervención de la Subred Centro Oriente en las localidades de Santa Fé, Candelaria, Mártires, Antonio Nariño, San Cristóbal y Rafael Uribe Uribe,Junto con ópticas Subred Sur Proyecto Fortalecimiento de Autorregulación SDS 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato fisicos 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: Actividades asignadas desde el componente de vigilancia de la salud ambiental. 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): Soportes entregados en el componente de vigilancia de la salud ambiental.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	81874857	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	4/12/2024	$ 240,800
PENSIÓN:	COLFONDOS	4/12/2024	$ 308,200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	4/12/2024	$ 47,000
OTRO	CCF COMPENSAR	4/12/2024	$ 38,600
	TOTAL PAGADO		$ 634,600

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el IBC se calculó sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a EPS, ARL, Pensión, RUT)
3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo SECOP de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

VII. ANEXOS

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

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

Sandra Yamile Lopez Tocarema

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: SANDRA YAMILE LOPEZ TOCAREMA
CC: 52,288,404
CEL 3176665301

	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:	SANDRA YAMILE LOPEZ TOCAREMA	**CC:**	52,288,404
		RUT (NIT):	52288404-8
CORREO ELECTRÓNICO:	lsandrayamile@gmail.com	**TELÉFONO:**	3176665301
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 21 36 40 TO 26 AP 301	**CIUDAD:**	SOACHA

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 (X)	NO ( )

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**N° CUENTA:**	03395723668

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

N° DEL CONTRATO:	PS 4068 2023	**N° CDP:**	4011	**N°. RP:**	49748	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: 1 AÑO 9 MESES 4 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	27/03/2023	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		31/12/2024		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 99,487,728
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)	$ 4,613,064 CUATRO MILLONES SEISCIENTOS TRECE MIL SESENTA Y CUATRO PESOS					

Sandra Yamile Lopez

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: SANDRA YAMILE LOPEZ TOCAREMA

CC: **52,288,404**

CEL: **3176665301**

Secretaría Distrital de Integración Social 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	SANDRA YAMILE LOPEZ TOCAREMA
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	52,288,404

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO QUIMICO FARMACEUTICO 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 4068 2023			FECHA INICIO CONTRATO	27/03/2023
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4,311,304				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 99,487,728			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 4,613,064
N° PAGO / N° DE INFORME:	17 de 17	N° CRP INICIAL:	11106	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	626
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	1 AÑO 9 MESES 4 DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	81874857		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

N°. DE MODIFICACIÓN:	20	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICIÓN (20)	PRÓRROGA (18)
VALOR ADICIONADO	$ 5,541,599	CDP DE LA ADICIÓN:	1161	RP DE LA ADICIÓN:	18413	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,181,177	CDP DE LA ADICIÓN:	1520	RP DE LA ADICIÓN:	22406	TIEMPO PRORROGADO:	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,083,733	CDP DE LA ADICIÓN:	1715	RP DE LA ADICIÓN:	24911	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 10,178,826	CDP DE LA ADICIÓN:	2106	RP DE LA ADICIÓN:	30925	TIEMPO PRORROGADO:	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,638,135	CDP DE LA ADICIÓN:	2800	RP DE LA ADICIÓN:	37943	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4,613,064	CDP DE LA ADICIÓN:	3417	RP DE LA ADICIÓN:	40987	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,514,869	CDP DE LA ADICIÓN:	3850	RP DE LA ADICIÓN:	45078	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,777,838	CDP DE LA ADICIÓN:	4129	RP DE LA ADICIÓN:	50691	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,928,959	CDP DE LA ADICIÓN:	211	RP DE LA ADICIÓN:	10465	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ 4,613,064	CDP DE LA ADICIÓN:	399	RP DE LA ADICIÓN:	15224	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ 5,365,194	CDP DE LA ADICIÓN:	489	RP DE LA ADICIÓN:	17970	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 6,267,750	CDP DE LA ADICIÓN:	892	RP DE LA ADICIÓN:	19933	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,613,064	CDP DE LA ADICIÓN:	1322	RP DE LA ADICIÓN:	26691	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 4,613,064	CDP DE LA ADICIÓN:	1712	RP DE LA ADICIÓN:	30685	TIEMPO PRORROGADO:	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5,139,555	CDP DE LA ADICIÓN:	2248	RP DE LA ADICIÓN:	34769	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 1 DIA

VALOR ADICIONADO	$ 6,955,809	CDP DE LA ADICIÓN:	2562	RP DE LA ADICIÓN:	38509	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,613,064	CDP DE LA ADICIÓN:	3170	RP DE LA ADICIÓN:	41852	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4,613,064	CDP DE LA ADICIÓN:	3525	RP DE LA ADICIÓN:	44080	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,306,532	CDP DE LA ADICIÓN:	3954	RP DE LA ADICIÓN:	48090	TIEMPO PRORROGADO:	16 DÍAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,618,064	CDP DE LA ADICIÓN:	4011	RP DE LA ADICIÓN:	49148	TIEMPO PRORROGADO:	30 DÌAS
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:
JAVIER RICARDO PEÑUELA PEREZ
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	52288404	SANDRA YAMILE LOPEZ TOCAREMA	KRA 21 NO 36-40 L1 T26 AP 301	3168152902	lsandrayamile@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	04/12/2024	81874857	$635.300	

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	240.800	0		0		0	1	200	0	241.000	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
231001	Colfondos	800227940-6	308.200	0	0	0	0	1	300	0	308.500	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	860011153-6	47.000				47.000	1	100	47.100			470	47.100	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	38.600	1	100	38.700	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	1	0	0	0
ICBF				
0	1	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	240.800	241.000
Pensión	1	308.200	308.500
Riesgos Laborales	1	47.000	47.100
CCF	1	38.600	38.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	634.600	635.300

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	52288404	SANDRA YAMILE LOPEZ TOCAREMA	KRA 21 NO 36-40 L1 T26 AP 301	3168152902	lsandrayamile@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA

PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2024-11	2024-11	I	04/12/2024	81874857	$635.300	

DETALLE POR COTIZANTE

No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Ciudad	Sector	Extranjero	Colombiano en el exterior	Información Novedades	Pensión							Salud			Riesgos Laborales				CCF				Parafiscales				
									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	52288404	LOPEZ TOCAREMA SANDRA YAMILE	59	0		N		231001	1.926.000	308.200	0	0	0	0	EPS006	1.926.000	240.800	14-23	1.926.000	3	47.000	CCF24	1.926.000	38.600	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Gmail

Ricardo Sarmiento <risacol753@gmail.com>

Fwd: PSE Transacción Aprobada - CUS 1100724388

1 mensaje

Sandra Lopez <lsandrayamile@gmail.com>
Para: Ricardo Sarmiento Colombia <risacol753@gmail.com>

5 de diciembre de 2024, 19:25

-------- Forwarded message --------
De: <serviciopse@achcolombia.com.co>
Date: mié, 4 de dic de 2024, 3:56 p. m.
Subject: PSE Transacción Aprobada - CUS 1100724388
To: <lsandrayamile@gmail.com>



¡Hola, Sandra Yamile Lopez Tocarema!

Gracias por utilizar los servicios de BANCOLOMBIA y PSE.
los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: **Aprobada**
CUS: 1100724388
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transacción: $ 635.300
Fecha de Transacción: 04/12/2024

Ten en cuenta estos tips de seguridad

- Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.
- Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.
- Procura cambiar tus contraseñas bancarias frencuentemente.

pse

ACH Colombia Oficial
@ACHColombia
ACHColombiaOficial
ACH Colombia Oficial