| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-077**<br>**VERSIÓN: 2**<br>**FECHA: 2024-09-16** |

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y**

**MAYBETH CORTINA ROMERO**

| | |
|---|---|
| **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | 1.143.122.527 |
| **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 4628 2023 | | **FECHA INICIO CONTRATO** | | 27/03/2023 |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 3.736.488 | **PLAZO INICIAL DEL CONTRATO** | UN (1) MES | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 139.469.691 | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | | $ 1.868.694 |
| **N° DE INFORME:** | 14 | **N° CRP:** | 11622 | **N° CDP:** | 626 |
| **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<br>PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30 | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| **N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:** | 20 | **TIPO DE MODIFICACIÓN** | **ADICIONES** | 20 | **PRORROGAS** | 18 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **VALOR ADICIONADO** | $ 4.541.361 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1161 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 18935 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 1 MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 1.890.423 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1520 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 22913 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 15 DIAS |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 2.672.667 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1715 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 25407 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 2 MESES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 8.387.394 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 2106 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 31421 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 23 DIAS |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 4.019.865 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 2800 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 38418 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 1 MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 3.998.136 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 3417 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 41446 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 1 MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 2.768.754 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 3850 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 45501 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 1 MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 2.408.882 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 4129 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 51132 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 2 MESES Y 13 DIAS |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 4.271.921 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 211 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 10903 | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 3.346.266 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 399 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 15661 | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 3.998.136 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 489 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 18387 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 1 MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 5.997.204 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 892 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 20346 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 1 MES Y 15 DIAS |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 3.998.136 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1322 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 27087 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 1 MES Y 1 DIA |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 3.998.136 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1712 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 31024 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 30 DIAS |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 3.998.136 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 2248 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 35103 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 1 MES Y 1 DIA |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 5.998.204 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 2562 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 38837 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 1 MES Y 15 DIAS |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 5.565.082 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 3170 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 42164 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 1 MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 4.008.136 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 3525 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 44330 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 1 MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 999.534 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 3954 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 48320 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 16 DIAS |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 58.866.830 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 4011 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 49379 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 30 DIAS |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **CRP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **CRP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |

| VALOR ADICIONADO | | CDP DE LA ADICIÓN: | | CRP DE LA ADICIÓN: | | TIEMPO PRORROGADO: | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| III. POLIZAS | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO? | | SI | | NO | X |
| 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.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se asistio con puntualidad en las acciones y actividades programadas según cronograma durante el mes de Noviembre * Se diligenció formato 2 de control de tamizajes , 1B,accesorias en salud sexual y reproductiva (SSR), en la intervencion para la identificacion del riesgo en salud y asi poder brindarle la educacion pertinente al usuariodurante el mes de Noviembre.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta donde se refleja la atencion brindada en cada punto de atencion. *Registro fotográfico de las acciones desarrolladas en campo. * 25 Formato SISCO 2, control de tamizajes * 5 formatos 1B * 25 Formatos en accesorias en salud sexual y reproductiva ( SSR) |
| 2 | 1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: *Se elaborò el cronograma de acciones para la realización de actividades para el mes de Noviembre.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Se logra cumplir con cada uno de los puntos propuestos en el cronograma para el mes de Noviembre. |
| 3 | 1. OBLIGACIÓN: Apoyar la prestación deservicios 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.<br><br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se entregaron 25 Formatos 2 e tamizaje para el mes de Noviembre.<br>* Se entregaron 25 Formatos de accesorias en salud sexual y reproductiva (SSR) para el mes de Noviembre.<br>* Se entregaron 5 Formatos 1B para el mes de Noviembre.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 25 Formatos 2 entrega de resultados de pruebas para ITS.<br>* 25 Formatos Salus Sexual y Reproductiva.<br>* 7 Formatos 1B de registro de entrega de Kits |
| 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.<br><br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se logró la asistencia a la reunión de direccionamiento llevada a cabo para el mes de octubre.<br>* Se logró el incremento de la entrega de jeringas en un 3% para el mes de Noviembre.. *Se logró con oportunidad realizar los seguimientos en casos positivos y reactivos evidenciados para el mes de Noviembre.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Acta de Direccionamiento para mes de Noviembre *Formato 3 de canalización.<br>* Registros de Formato 1B de entrega de kits de inyección de menos riesgo para el mes de Noviembre. |
| 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.<br><br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS:<br>* Se participó en la reunión de socializaicón del lineamiento para la vigencia , liderada por el Profesional de Apoyo.<br><br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Ejecución de actividades direccionadas desde los lineamientos plasmados. |
| 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.<br><br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: * Se participó en la reunión de direccionamiento técnico liderada por el profesional de apoyo para el mes de octubre.<br><br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Acta de reunión de direccionamiento. |
| 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.<br><br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: * Se diligenciaron los formatos 2 de entrega de resultados,1Bformato de registros entrega de kits,Acesorias en SSR, Formato 3 de canalización para el mes de octubre .<br>* Se entregaron los formatos generados al profesional de apoyo todos los primeros días hábiles de cada semana de Noviembre.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Se entregaron los siguientes formatos debidamente diligenciados:<br>25 formatos 2: Entrega de resultados para pruebas de ITS.<br>* 25 formaos de asesoria de salud sexual y reproductiva.<br>* 7 formatos 1B de entrega de kits de inyección de menos riesgo.<br>* Formato de entrega de productos de recopilación de información en Terreno por semana en el mes de Noviembre. |
| 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.<br><br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se logra remitir al CAPS Samper mendoza para la atencion respectiva de los usuarios con resultado positivo para Sifilis y Reactivos para VIH durante el mes de Noviembre.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): *Seguimiento en formato 3 de canalizaciones. |
| 9 | 1. OBLIGACIÓN: Activar y notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones.<br><br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: *Se diligencia en formato 2 de entrega de resultados para pruebas ITS con los datos del usuario con resultado pertinente al tamizaje realizado para el mes de Noviembre.<br>*Se realizó el respectivo diligenciamiento de la ficha SIVIGILA para la notificacion de eventos de interes en salud publica para el mes de Noviembre. *Se realizó el proceso de escaneo y soporte de correo con el evento de interes en salud publica evidenciado en terreno para el mes de Noviembre. *Se logró seguimiento correspondiente del caso detectado como evento de interes en salud publica en formato 3 de canalización para el mes ed Noviembre.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soporte de Correo * Formato 2 de entrega de resultados. * Seguimiento |
| 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.<br><br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: *Se logró la participación de la reunión direccionamiento convocada y dirigida por el profesional de apoyo en salud.<br><br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Formato Acta. |
| 11 | 1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental.<br>.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS:<br>Se logró la organización de la documentacion de archivo generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retencion documental con el paso a paso de:<br>*Identificacion del producto a organizar * Clasificacion de cajas por localidad y año a\u00f1o.<br>* Foliacion de cada uno de los documentos organizados. |

| | |
|---|---|
| 12 | 1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental.<br>.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se logró la organización de la documentacion de archivo generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retencion documental con el paso a paso de: * Identificacion del producto a organizar * Clasificacion de cajas por localidad y año año.<br>* Foliacion de cada uno de los documentos organizados.<br><br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Carpetas y cajas organizadas por localidad y año. |

**V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | 81819550 | **OPERADOR:** | MI PLANILLA |

| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** | |
|---|---|---|---|---|
| **SALUD:** | SANITAS | 18/11/2024 | $ | 200.000 |
| **PENSIÓN:** | PORVENIR | 18/11/2024 | $ | 255.900 |
| **RIESGOS LABORALES:** | SURA | 18/11/2024 | $ | 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

Maybeth Cortina Romero

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MAYBETH CORTINA ROMERO**
**CC: 1.143.122.527**
**CEL 3135644718**

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:** | MAYBETH CORTINA ROMERO | **CC:** | 1.143.122.527 |
| | | **RUT (NIT):** | 1143122527 - 3 |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | cortinamay@gmail.com | **TELÉFONO:** | 3135644718 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | CL 13 SUR 24 H 78 | **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:** | 0550488408 |

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

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DEL CONTRATO:** | PS 4628 2023 | **N° CDP:** | 3525- 3954 | **N°. RP:** | 44330 - 48320 | 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: $ 139.469.691 |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | DEL 1/11/2024 AL 30/11/2024 | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)** | $ 1.868.694 | | | | | |
| | UN MILLÓN OCHOCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS | | | | | |

Maybeth Cortina Romero

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MAYBETH CORTINA ROMERO**
**CC: 1.143.122.527**
**CEL: 3135644718**

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-078**<br>**VERSIÓN: 2**<br>**FECHA: 2024-09-16** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | | | |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | | | MAYBETH CORTINA ROMERO | | |
| **NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | | | 1.143.122.527 | | |
| **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 4628 2023 | | **FECHA INICIO CONTRATO** | 27/03/2023 | |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 3.736.488 | | | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 139.469.691 | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 1.868.694 | |
| **N° PAGO / N° DE INFORME:** | 14 de 14 | **N° CRP INICIAL:** | 11622 | **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:** | 81819550 | | **OPERADOR:** | MI PLANILLA | |
| **PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:** | GSP PSPIC - COMUNITARIO | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA<br>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** | $ 4.541.361 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1161 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 18935 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 1 MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 1.890.423 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1520 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 22913 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 15 DIAS |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 2.672.667 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1715 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 25407 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 2 MESES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 8.387.394 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 2106 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 31421 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 23 DIAS |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 4.019.865 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 2800 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 38418 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 1 MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 3.998.136 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 3417 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 41446 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 1 MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 2.768.754 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 3850 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 45501 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 1 MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 2.408.882 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 4129 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 51132 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 2 MESES Y 13 DIAS |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 4.271.921 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 211 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 10903 | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 3.346.266 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 399 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 15661 | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 3.998.136 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 489 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 18387 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 1 MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 5.997.204 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 892 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 20346 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 1 MES Y 15 DIAS |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 3.998.136 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1322 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 27087 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 1 MES Y 1 DIA |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 3.998.136 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1712 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 31024 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 30 DIAS |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 3.998.136 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 2248 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 35103 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 1 MES Y 1 DIA |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **VALOR ADICIONADO** | $ 5.998.204 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 2562 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 38837 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 1 MES Y 15 DIAS |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 5.565.082 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 3170 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 42164 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 1 MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 4.008.136 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 3525 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 44330 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 1 MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 999.534 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 3954 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 48320 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 16 DIAS |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 58.866.830 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 4011 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 49378 | **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)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **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 1/11/2024 al 30/11/2024

**FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:**

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:
LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA
CARGO:
PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
CLAUDIA IRENE SEGURA VERA
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 | 1143122527 | MAYBETH CORTINA ROMERO | Cra 90A NO. 8-10 Torre 5 Apto 319 | 4630784 | cortinamay@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 | |
| 2024-10 | 2024-10 | I | 18/11/2024 | 81819550 | $498.600 | |

## 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 | 10 | 1.500 | 0 | 201.500 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 255.900 | 0 | 0 | 0 | 0 | 10 | 1.900 | 0 | 257.800 | 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 | 10 | 300 | 39.300 | | | 390 | 39.300 | 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 | 10 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 10 | 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 | 201.500 |
| Pensión | 1 | 255.900 | 257.800 |
| Riesgos Laborales | 1 | 39.000 | 39.300 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 494.900 | 498.600 |

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 | 1143122527 | MAYBETH CORTINA ROMERO | Cra 90A NO. 8-10 Torre 5 Apto 319 | 4630784 | cortinamay@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 | |
| 2024-10 | 2024-10 | I | 18/11/2024 | 81819550 | $498.600 | |

## 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 exterior | Exonerado | IBC | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCION | 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 | 1143122527 | CORTINA ROMERO MAYBETH | Si | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 1.599.254 | 255.900 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS035 | 1.599.254 | 200.000 | 14-11 | 1.599.254 | 3 | 33.000 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

# ← Comprobante

Movimiento hecho en:

**Nequi**

Número de referencia

**M14909347**

Pago realizado

Pago en

Compensar-oi

¿Cuánto?

$ 498.600,00

Fecha

16 de noviembre de 2024 a las 09:39 p. m.

¿Preguntas? Ve al menú Movimientos en la app Nequi y reporta un problema.