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 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

ANGIE MARIANA ACOSTA NIÑO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.033.711.846				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE 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 3971 2023		**FECHA INICIO CONTRATO**	27/03/2023	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.299.448	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	UN (1) MES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 52.565.752		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 2.460.448
Nº DE INFORME:	16	**Nº CRP:**	11016	**Nº CDP:**	626
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	1 AÑO 9 MESES 4 DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6BH CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	20	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	20	**PRORROGAS**	18	
VALOR ADICIONADO	$ 2.955.748	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1161	**CRP DE LA ADICIÓN:**	18323	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.163.364	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1520	**CRP DE LA ADICIÓN:**	22316	**TIEMPO PRORROGADO:**	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 1.644.756	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1715	**CRP DE LA ADICIÓN:**	24824	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 5.161.592	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2106	**CRP DE LA ADICIÓN:**	30839	**TIEMPO PRORROGADO:**	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.473.820	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2800	**CRP DE LA ADICIÓN:**	37864	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3417	**CRP DE LA ADICIÓN:**	40911	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.808.476	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3850	**CRP DE LA ADICIÓN:**	45002	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.486.269	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4129	**CRP DE LA ADICIÓN:**	50616	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.628.935	**CDP DE LA ADICIÓN:**	211	**CRP DE LA ADICIÓN:**	10390	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 2.059.288	**CDP DE LA ADICIÓN:**	399	**CRP DE LA ADICIÓN:**	15148	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	489	**CRP DE LA ADICIÓN:**	17895	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.690.672	**CDP DE LA ADICIÓN:**	892	**CRP DE LA ADICIÓN:**	19859	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1322	**CRP DE LA ADICIÓN:**	26619	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1712	**CRP DE LA ADICIÓN:**	30617	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**CRP DE LA ADICIÓN:**	34702	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 3.691.672	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38444	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**CRP DE LA ADICIÓN:**	41788	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**CRP DE LA ADICIÓN:**	44017	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.818.128	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3954	**CRP DE LA ADICIÓN:**	48027	**TIEMPO PRORROGADO:**	16 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4011	**CRP DE LA ADICIÓN:**	49085	**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	
Nº 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 Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar las actividades descritas en el lineamiento vigente del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según el convenio con la Subred Centro Oriente. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en magnético
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar actividades programadas en el cronograma mensual y realizar las observaciones pertinentes frente a las actividades que se realizaron y que no estaban plasmadas dentro del cronograma mensual. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en magnético
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: Cumplir con el protocolo y los procesos de vacunación segura con el fin de mantener y mejorar la calidad del servicio de vacunación. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en magnético
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: Cumplir con el protocolo y los procesos de vacunación segura con el fin de mantener y mejorar la calidad del servicio de vacunación. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en magnético
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: Leer y realizar apropiación conceptual según el Manual técnico Administrativo del PAI, las circulares y lineamientos vigentes del PAI. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en magnético
6	1. OBLIGACIÓN: Realizar acciones extramurales a la población asignada a nivel individual, familiar y colectivo, desde su perfil técnico, y conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre la subred con el Fondo Financiero-SDS. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar entevista indagando antecedentes patologicos, farmacologicos, estado actual de la persona a vacunar, dar educación al usuario sobre cuidados pos vacunales. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en magnético
7	1. OBLIGACIÓN: Realizar acciones de promoción y prevención de la salud y de saneamiento ambiental a nivel individual, familiar y colectivo, desde su perfil técnico y conforme a los anexos y lineamientos. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Identificar factores de riesgo con el proposito de activar las rutas integrales de atención en salud .Educar a los usuarios sobre la importancia del autocuidado 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en magnético
8	1. OBLIGACIÓN: Desarrollar procesos de asistencia técnica desde los diferentes procesos del Plan de Intervenciones Colectivas conforme a su saber disciplinar y técnico, en función de los requerimientos de los entornos y procesos transversales 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: brindar asistencia tecnica según la poblacion objeto del PAI dentro de las estrategias programadas a realizar 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en magnético
9	1. OBLIGACIÓN: Activar y notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: realizar el reporte oportuno según ficha de notificación establecida para cada evento 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en magnético
10	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Responder por los archivos de los documentos SIS 150, Hojas de temperatura, cronogramas, disentimientos, consentimientos informados, estrategia de información, educación y comunicación. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en magnético
11	1. OBLIGACIÓN: Aplicación de la dosis de vacuna de acuerdo a los anexos y lineamientos tecnicos que hagan parte de la relacion contractual entre la sub red con el Fondo Financiero- SDS para el proceso PAI. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar la administracion de los inmunobiologicos de acuerdo a la poblacion objeto del pai teniendo encuenta su inicio continuidad y terminacion de esquemas, para esto se debe tener encuenta (edad- esquema a administrar-cohorte de biologicos-anamnesis del paciente- aplicacion de los 10 correctos). 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en magnético
12	1. OBLIGACIÓN: Diligenciar con calidad los formatos de la estrategia extramural PAI. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar de forma clara toda la informacion requerida por los formatos manejados en el PAI SIS 150, Hojas de temperatura, cronogramas, disentimientos, consentimientos informados, estrategia de información, educación y comunicación, 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en magnético
13	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: Desarrollar actividades según necesidad de la Subred, en cualquiera de los espacios o procesos transversales de acuerdo a los lineamientos del contrato PSPIC. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en magnético

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	8382134335	**OPERADOR:**	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	SANITAS	5/12/2024	$ 162.500
PENSIÓN:	PORVENIR	5/12/2024	$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	5/12/2024	$ 31.700
OTRO			$ -
TOTAL PAGADO			**$ 402.200**

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

Angie Acosta.

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ANGIE MARIANA ACOSTA NIÑO
CC: 1.033.711.846
CEL 3105885264

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:	ANGIE MARIANA ACOSTA NIÑO	**CC:**	1.033.711.846
		RUT (NIT):	1033711846-6
CORREO ELECTRÓNICO:	angscody@gmail.com	**TELÉFONO:**	3105885264
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 53 ESTE 11 28 SUR	**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	**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**Nº CUENTA:**	007380761390
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					

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

Nº DEL CONTRATO:	PS 3971 2023	**Nº CDP:**	4011	**Nº. RP:**	49085	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: $ 52.565.752
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 3/12/2024 AL 31/12/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 2.460.448					
	DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS					

Angie Acosta

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ANGIE MARIANA ACOSTA NIÑO
CC: 1.033.711.846
CEL: 3105885264

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 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	ANGIE MARIANA ACOSTA NIÑO				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.033.711.846				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE 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 3971 2023		**FECHA INICIO CONTRATO**	27/03/2023	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.299.448				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 52.565.752		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.460.448	
N° PAGO / N° DE INFORME:	16 de 16	**N° CRP INICIAL:**	11016	**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:	8382134335		**OPERADOR:**	MI PLANILLA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GSP PSPIC - MACRO, MESO Y MICRO				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6BH CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE				
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	$ 2.955.748	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1161	**RP DE LA ADICIÓN:**	18323	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.163.364	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1520	**RP DE LA ADICIÓN:**	22316	**TIEMPO PRORROGADO:**	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 1.644.756	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1715	**RP DE LA ADICIÓN:**	24824	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 5.161.592	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2106	**RP DE LA ADICIÓN:**	30839	**TIEMPO PRORROGADO:**	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.473.820	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2800	**RP DE LA ADICIÓN:**	37864	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3417	**RP DE LA ADICIÓN:**	40911	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.808.476	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3850	**RP DE LA ADICIÓN:**	45002	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.486.269	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4129	**RP DE LA ADICIÓN:**	50616	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.628.935	**CDP DE LA ADICIÓN:**	211	**RP DE LA ADICIÓN:**	10390	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 2.059.288	**CDP DE LA ADICIÓN:**	399	**RP DE LA ADICIÓN:**	15148	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	489	**RP DE LA ADICIÓN:**	17895	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.690.672	**CDP DE LA ADICIÓN:**	892	**RP DE LA ADICIÓN:**	19859	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1322	**RP DE LA ADICIÓN:**	26619	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1712	**RP DE LA ADICIÓN:**	30617	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**RP DE LA ADICIÓN:**	34702	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 3.691.672	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**RP DE LA ADICIÓN:**	38444	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**RP DE LA ADICIÓN:**	41788	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**RP DE LA ADICIÓN:**	44017	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES

VALOR ADICIONADO	$ 1.818.128	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3954	**RP DE LA ADICIÓN:**	48027	**TIEMPO PRORROGADO:**	16 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4011	**RP DE LA ADICIÓN:**	49085	**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 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

Luz Pineda D

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
LUZ CONSUELO PINEDA DUEÑEZ
PERFIL:
PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE GESTION

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): ANGIE MARIANA ACOSTA NIÑO
No. Identificación: CC1033711846
Dirección: CR 12 53 B 19 SUR ESTE
Telefono: 3716397
Correo: angie36200@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8382134335

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ANGIE MARIANA ACOSTA NIÑO
Tipo y número de identificación	CC1033711846
Número de planilla	8382134335
Fecha pago	2024-12-05
Número de autorización pago	1921792
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	noviembre de 2024
Periodo de Cotización Pensión	noviembre de 2024
Número de Administradoras	3
Total Pagado	402200
Total Intereses de Mora	0

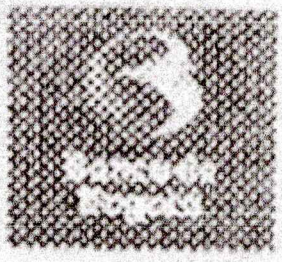
PAGADA
8382134335

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	31700	1
230301	Porvenir	208000	1
EPS005	Sanitas EPS	162500	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1033711846
APELLIDOS Y NOMBRES: ANGIE MARIANA ACOSTA NIÑO

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS005	230301	1300000	1300000	1300000	0	162500	0	208000	0	31700	0

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



INVERSIONES MAFEPHONE S.A.S

Comercio:	DESPACHOJR.NET
NIT	33202145-7
Municipio	BOGOTA, D.C.
Dirección	Calle 6 D 3 A 08 Barrio Belé centro

Fecha	05/12/2024 09:05:56
Cód. Dispositivo:	1067436
Jornada:	NORMAL
Tipo Trx:	ON-LINE
Terminal:	8504
Id Trx:	1067436-340519
Id Aut.:	001464

Recaudo Facturas Otros

Convenio:	PLANILLA ASISTIDA COMPENSAR
Ref. Pago No.:	8382134335
Valor	$ 402.200
Costo Transaccion:	$ 0

****ORIGINAL****

Verifique que el valor impreso en el recibo corre
al valor entregado por usted.

Scanned with CamScanner