	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					
BEATRIZ AMPARO AGUIRRE GONZALEZ					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	52,238,999				
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 4508 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:	$ 56,680,732	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2,313,356		
N° DE INFORME:	18	**N° CRP:**	11515	**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 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	$ 2,955,748	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1161	**CRP DE LA ADICIÓN:**	18826	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1,163,364	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1520	**CRP DE LA ADICIÓN:**	22808	**TIEMPO PRORROGADO:**	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 1,644,756	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1715	**CRP DE LA ADICIÓN:**	25306	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 5,161,592	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2106	**CRP DE LA ADICIÓN:**	31321	**TIEMPO PRORROGADO:**	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,332,528	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2800	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38324	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,460,448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3417	**CRP DE LA ADICIÓN:**	41357	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1,179,992	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3850	**CRP DE LA ADICIÓN:**	45419	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1,486,269	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4129	**CRP DE LA ADICIÓN:**	51043	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,628,935	**CDP DE LA ADICIÓN:**	211	**CRP DE LA ADICIÓN:**	10815	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 3,209,280	**CDP DE LA ADICIÓN:**	399	**CRP DE LA ADICIÓN:**	15573	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 1,497,664	**CDP DE LA ADICIÓN:**	489	**CRP DE LA ADICIÓN:**	18307	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5,391,832	**CDP DE LA ADICIÓN:**	892	**CRP DE LA ADICIÓN:**	20267	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,560,448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1322	**CRP DE LA ADICIÓN:**	27013	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 1,163,364	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1712	**CRP DE LA ADICIÓN:**	30963	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,460,448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**CRP DE LA ADICIÓN:**	35042	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 3,691,672	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38778	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,460,448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**CRP DE LA ADICIÓN:**	42111	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,460,448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**CRP DE LA ADICIÓN:**	44290	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,861,608	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3954	**CRP DE LA ADICIÓN:**	48284	**TIEMPO PRORROGADO:**	16 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,610,440	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4011	**CRP DE LA ADICIÓN:**	49342	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS

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: Acciones en el entorno Educativo en el producto Salud y Bienestar operando en el punto Cuidate Se Feliz, a traves de mensajes promocionales utilizando herramientas artirsticas para fomentar el autocuidado en tematicas de Salud mental, Salud sexual reproductiva, Alimentación saludable y actividad fisica, Salud visual y auditiva – comunicativa,Identificación de condiciones crónicas no transmisibles y Trata de personas 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Entrega de formatos Cuidate Se Feliz de mayores de edad y formato de registro antropométrico de menores de edad. Se realiza diligenciamiento de Drive salud y Bienestar 2024 correspondiente al mes de Diciembre relacionando Portafolio de servicios, registro de poblacional diaria, tablero semanal de pruebas rápidas de VIH, Sífilis y Hepatitis B, tablero mensual, Informes de pruebas rápidas con reporte de casos negativos y/o positivos o reactivos, reporte de entrega de preservativos masculinos, custodia de documentos de SISCOS y Cuidate Se Feliz y diligencimiento de fichas de conteo y Drive fotografico.
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizacion y actualizacion de cronograma mensual de la implementación de las acciones desarrolladas en el espacio educativo. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Cronograma fisico y digital actualizado en tiempo real.
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: Diligenciamiento en el drive de Salud y Bienestar 2024 correspondiente del 2 al 15 de Diciembre, relacionando Portafolio de servicios, registro de poblacional diaria, tablero semanal de pruebas rápidas de VIH, Sífilis y Hepatitis B, tablero mensual, Informes de pruebas rápidas con reporte de casos negativos y/o positivos o reactivos, reporte de entrega de preservativos masculinos, custodia de documentos de SISCOS y Cuidate Se Feliz. y socializacion de prevencion de lecciones por polvora,pirotecnia y accidentes por lesiones de causa externa. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Entrega actualizada de soportes diligenciados en el drive correspondiente a 10 jornadas realizadas en el mes de Noviembre.
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: Participacion en reunión de entorno del Diciembre 2024. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Firma de asistencia.
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: se realiza apropiacion conceptual en el mes de Diciembre. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Firma de asistencia.
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: No se realizan acciones extramurales en el mes de Diciembre. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): No se cuenta con soporte de la actividad.
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: Realizar puestas en escena en cada una de las Instituciones y Universidades segun corresponda o segun tematica solicitada 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): En el mes de Diciembre se ejecutaron 10 jornadas en donde se realizaron puestas en escena generando educacion y participacion en los estudiantes con promocion y prevencion de la salud.
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: No se realizan asistencias tecnicas por requerimiento del entrono y procesos transversales en el mes de Diciembre. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): No se cuenta con soporte de la actividad.
9	1. OBLIGACIÓN: Activar y notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: No se realizo activacion y notificacion de eventos en salud publica en el mes de Diciembre. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): No se cuenta con soporte de la actividad.
10	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Proceso de gestion documental para avance de actualizacion y transferencia de archivo. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Unidades de conservacion
11	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: Realizar actividades que sean asignadas por el supervisor del contrato. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Cumplimineto de actividades asignadas

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	7948455689 - 7952433134 - 7952454727	**OPERADOR:**	SOI

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	SURA	06/12/2024 - 09/12/2024	$ 180,700
PENSIÓN:	PROTECCION	06/12/2024 - 09/12/2024	$ 231,200
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	06/12/2024 - 09/12/2024	$ 35,300
OTRO			$ -
	TOTAL PAGADO		**$ 447,200**

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

AMPARO AGUIRRE

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: BEATRIZ AMPARO AGUIRRE GONZALEZ
CC: 52,238,999
CEL 3016782407

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:	BEATRIZ AMPARO AGUIRRE GONZALEZ	**CC:**	52,238,999
		RUT (NIT):	52238999-4
CORREO ELECTRÓNICO:	hemasaludoral@gmail.com	**TELÉFONO:**	3016782407
DIRECCIÓN DOMICILIO:	DG 69 D BIS SUR 18J 56	**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:**	008480320012
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 4508 2023	**Nº CDP:**	4011	**Nº. RP:**	49342	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: $ 56,680,732
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 3/12/2024 AL 31/12/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 2,313,356					
	DOS MILLONES TRESCIENTOS TRECE MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS					

AMPARO AGUIRRE

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: BEATRIZ AMPARO AGUIRRE GONZALEZ
CC: 52,238,999
CEL: 3016782407

Secretaría Distrital 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 1A 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					BEATRIZ AMPARO AGUIRRE GONZALEZ		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD					52,238,999		
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 4508 2023			**FECHA INICIO CONTRATO**	27/03/2023		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2,299,448						
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 56,680,732			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2,313,356		
N° PAGO / N° DE INFORME:	18 de 18	**N° CRP INICIAL:**	11515	**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:	7948455689 - 7952433134 - 7952454727			**OPERADOR:**	SOI		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GSP PSPIC - EDUCATIVO						
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO						
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30						
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° DE MODIFICACIÓN:	20	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICIÓN (20)	PRÓRROGA (18)
VALOR ADICIONADO	$ 2,955,748	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1161	**RP DE LA ADICIÓN:**	18826	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1,163,364	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1520	**RP DE LA ADICIÓN:**	22808	**TIEMPO PRORROGADO:**	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 1,644,756	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1715	**RP DE LA ADICIÓN:**	25306	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 5,161,592	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2106	**RP DE LA ADICIÓN:**	31321	**TIEMPO PRORROGADO:**	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,332,528	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2800	**RP DE LA ADICIÓN:**	38324	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,460,448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3417	**RP DE LA ADICIÓN:**	41357	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1,179,992	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3850	**RP DE LA ADICIÓN:**	45419	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1,486,269	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4129	**RP DE LA ADICIÓN:**	51043	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,628,935	**CDP DE LA ADICIÓN:**	211	**RP DE LA ADICIÓN:**	10815	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 3,209,280	**CDP DE LA ADICIÓN:**	399	**RP DE LA ADICIÓN:**	15573	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 1,497,664	**CDP DE LA ADICIÓN:**	489	**RP DE LA ADICIÓN:**	18307	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5,391,832	**CDP DE LA ADICIÓN:**	892	**RP DE LA ADICIÓN:**	20267	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,560,448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1322	**RP DE LA ADICIÓN:**	27013	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 1,163,364	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1712	**RP DE LA ADICIÓN:**	30963	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,460,448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**RP DE LA ADICIÓN:**	35042	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA

VALOR ADICIONADO	$ 3,691,672	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**RP DE LA ADICIÓN:**	38778	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,460,448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**RP DE LA ADICIÓN:**	42111	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,460,448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**RP DE LA ADICIÓN:**	44290	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,861,608	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3954	**RP DE LA ADICIÓN:**	48284	**TIEMPO PRORROGADO:**	16 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,610,440	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4011	**RP DE LA ADICIÓN:**	49342	**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

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
YOHNNY LIRIOLA HERNANDEZ GARCIA
PERFIL:
PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE GESTION

SOI Pago de Seguridad Social

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52238999
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			BEATRIZ AMPARO AGUIRRE GONZALEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL 71 G 18 M 52 SUR	TELÉFONO:	7905152
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA								
NÚMERO PLANILLA:			7948455689	TIPO DE PLANILLA:				I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	noviembre AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	noviembre	AÑO	2024
DÍAS DE MORA:			0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/12/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN:				1104727111

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 0	$ 208.000
SUBTOTALES:										**$ 208.000**	**$ 0**	**$ 208.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500
SUBTOTALES:													**$ 162.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 162.500**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 31.700	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 31.700
SUBTOTALES:									**$ 31.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 31.700**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 52238999	AGUIRRE GONZALEZ BEATRIZ AMPARO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
230201-PROTECCION	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500

SEGURIDAD SOCIAL — ARP

ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1.300.000	52238999	$ 31.700

PARAFISCALES

DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 402.200**

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52238999
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			BEATRIZ AMPARO AGUIRRE GONZALEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL 71 G 18 M 52 SUR	TELÉFONO:	7905152
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**7948455689**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	noviembre	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	noviembre
	AÑO:	2024		AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/12/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1104727111		

NOVEDADES															
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	1	$ 208.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 208.000**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 162.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 162.500**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860002503	14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1	$ 31.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 31.700**

VALOR SIN MORA:	**$ 402.200**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 402.200**

← Comprobante

Movimiento hecho en:

Nequi

Número de referencia

M13570379

Pago realizado

Pago en

Soi Ach

¿Cuánto?

$ 402.200,00

Fecha

05 de diciembre de 2024 a las 09:22 p. m.

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52238999
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			BEATRIZ AMPARO AGUIRRE GONZALEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL 71 G 18 M 52 SUR	TELÉFONO:	7905152
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7952433134**	TIPO DE PLANILLA:	N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES noviembre AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES noviembre AÑO 2024
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/12/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1111587610
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	7948455689	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2024/12/06

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 16.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 16.000	$ 0	$ 16.000
SUBTOTALES:										**$ 16.000**	**$ 0**	**$ 16.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 12.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 12.500	$ 0	$ 0	$ 12.500
SUBTOTALES:													**$ 12.500**	**$ 0**	**$ 0**	$ 12.500

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 2.500	$ 2.500	$ 0	$ 0	$ 2.500
SUBTOTALES:									**$ 2.500**	**$ 0**	**$ 0**	$ 2.500

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP														
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 52238999	AGUIRRE GONZALEZ BEATRIZ AMPARO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO							A										230201-PROTECCION	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1.300.000	52238999	$ 31.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 52238999	AGUIRRE GONZALEZ BEATRIZ AMPARO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO							C	01-30									230201-PROTECCION	30	$ 1.400.000	$ 224.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 224.000	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 1.400.000	$ 175.000	$ 0	$ 175.000	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1.400.000	52238999	$ 34.200		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 52238999	AGUIRRE GONZALEZ BEATRIZ AMPARO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO							R	01-30									230201-PROTECCION	0	$ 100.000	$ 16.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 16.000	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	0	$ 100.000	$ 12.500	$ 0	$ 12.500	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	0	$ 100.000	52238999	$ 2.500		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 31.000

Planilla Pagada

SOI | Pagos de Seguridad Social

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52238999
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			BEATRIZ AMPARO AGUIRRE GONZALEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL 71 G 18 M 52 SUR	TELÉFONO:	7905152
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7952433134**		TIPO DE PLANILLA:		N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	noviembre	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	noviembre
	AÑO:	2024		AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/12/09		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1111587610

NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	7948455689	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2024/12/06

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	1	$ 16.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 16.000**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 12.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 12.500**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860002503	14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1	$ 2.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 2.500**

VALOR SIN MORA:	**$ 31.000**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 31.000**

← Comprobante

Movimiento hecho en:

Nequi

Número de referencia

M2546198

Pago realizado

Pago en

Soi Ach

¿Cuánto?

$ 31.000,00

Fecha

09 de diciembre de 2024 a las 08:48 a. m.

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52238999
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			BEATRIZ AMPARO AGUIRRE GONZALEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL 71 G 18 M 52 SUR	TELÉFONO:	7905152
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7952454727	TIPO DE PLANILLA:	N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES noviembre AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES noviembre AÑO 2024
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/12/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1111814282
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	7952433134	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2024/12/09

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 7.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 7.200	$ 0	$ 7.200
SUBTOTALES:										**$ 7.200**	**$ 0**	**$ 7.200**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 5.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 5.700	$ 0	$ 0	$ 5.700
SUBTOTALES:													**$ 5.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 5.700**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 1.100	$ 1.100	$ 0	$ 0	$ 1.100
SUBTOTALES:									**$ 1.100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 1.100**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																				SEGURIDAD SOCIAL																										PARAFISCALES							
																														PENSIÓN								SALUD						ARP								CCF	SENA	ICBF	ESAP	MINEDU	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 52238999	AGUIRRE GONZALEZ BEATRIZ AMPARO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO							A	01-30									230201-PROTECCION	30	$ 1,400,000	$ 224,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 224,000	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 1,400,000	$ 175,000	$ 0	$ 175,000	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1,400,000	52238999	$ 34,200	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 52238999	AGUIRRE GONZALEZ BEATRIZ AMPARO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO							C	01-30									230201-PROTECCION	30	$ 1,445,000	$ 231,200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 231,200	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 1,445,000	$ 180,700	$ 0	$ 180,700	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1,445,000	52238999	$ 35,300	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 52238999	AGUIRRE GONZALEZ BEATRIZ AMPARO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO							R	01-30									230201-PROTECCION	0	$ 45.000	$ 7.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 7.200	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	0	$ 45.000	$ 5.700	$ 0	$ 5.700	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	0	$ 45.000	52238999	$ 1,100	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 14.000

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52238999
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			BEATRIZ AMPARO AGUIRRE GONZALEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL 71 G 18 M 52 SUR	TELÉFONO:	7905152
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7952454727**		TIPO DE PLANILLA:		N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	noviembre	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	noviembre
	AÑO:	2024		AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/12/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1111814282

NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	7952433134	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2024/12/09

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	1	$ 7.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 7.200**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 5.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 5.700**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860002503	14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1	$ 1.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 1.100**

VALOR SIN MORA:	**$ 14.000**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 14.000**

← Comprobante

Movimiento hecho en:

Nequi

Número de referencia

M2546198

Pago realizado

Pago en

Soi Ach

¿Cuánto?

$ 31.000,00

Fecha

09 de diciembre de 2024 a las 08:48 a. m.

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CODIGO:ET-CO-FT-001 VERSION:05
	FORMATO ACTA DE REUNIÓN	FECHA: 2024-06-04

FECHA AÑO/MES/DÍA	NOMBRE DE LA REUNIÓN	HORA INICIO	HORA FINAL
2024/12/06	SOCIALIZACION DE LAS HORAS TRABAJADAS POR CADA ENTORNO PARA EL MES DE DICIEMBRE	12:00 PM	1:00 PM

Proceso, área que lidera la reunión	Nombre de quien elabora el acta
ENTORNO CUIDADOR EDUCATIVO	AMPARO AGUIRRE

1. Objetivo de la reunión:

Realizar la distribución de horas para el mes de diciembre entre el Entorno Educativo y Comunitario.

2. Temas a tratar:

-Distribución de horas entre el Entrono Educativo y Comunitario.

3. Desarrollo (Continuación):

Se procede a realizar la reunión con la intención de dar claridad al proceso que se desarrollara en el mes de diciembre del año 2024, donde se acordar las horas que se llevaran a cabo por la Auxiliar en Enfermería, Beatriz Amparo Aguirre González.

Para el mes de diciembre del año 2024, se va a ejecutar un total de 173 horas, las cuales se van a distribuir en el Entorno Educativo y el Entorno comunitario. Al respecto de las horas desarrolladas en el Entorno Educativo, estas corresponden a un total de 87 horas, ejecutadas en el producto de Salud y Bienestar, el cual está orientado al desarrollo de acciones de educación para la salud publica que buscando prevenir y promocionar acciones que ayuden a la población a generar procesos de autocuidado en su salud.

Las temáticas a tratar se relacionan con Salud mental y bienestar emocional, salud sexual y reproductiva, promoción de hábitos de vida saludables, actividad física, alimentación saludable y un proceso de tamizaje para la identificación de posibles enfermedades crónicas, a su vez, se realizara un acompañamiento desde el arte, con una puesta escénica donde se mostrara un mensaje promocional, este teniendo en cuenta el interés de la institución sobre la temática de autocuidado que decidan priorizar.

FECHA AÑO/MES/DÍA	NOMBRE DE LA REUNIÓN	HORA INICIO	HORA FINAL
2024/12/06	SOCIALIZACION DE LAS HORAS TRABAJADAS POR CADA ENTORNO PARA EL MES DE DICIEMBRE	12:00 PM	1:00 PM

3. Desarrollo (Continuación):

Con Todo y lo anterior, dentro de la jornada, se procede a participar en la toma de muestras de ITS, donde se suministra el resultado de forma inmediata al participante.

Por otro lado, en el Entorno Comunitario, se efectuarán un total de 86 horas, completando entre los dos Entornos el equivalente a 173 horas. En este entorno, las acciones se desempeñaron en la estrategia de ¨Rumbea¨, la cual tiene como objetivo principal abordar a la población caracterizada según lineamientos para empelar un proceso de sensibilización sobre el consumo responsable de sustancias psicoactivas.

Con todo y lo anterior, se finaliza la reunión , dejando claridad de las horas y acciones ejecutadas.

4. Compromisos Establecidos y Responsables

Qué	Quién	Cuándo	Observaciones		
Tarea o Actividad	Responsable	Fecha límite	Si	No	

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CODIGO:ET-CO-FT-001 VERSION:05
	FORMATO ACTA DE REUNIÓN	FECHA: 2024-06-04

FECHA AÑO/MES/DÍA	NOMBRE DE LA REUNIÓN	HORA INICIO	HORA FINAL
2024/12/06	SOCIALIZACION DE LAS HORAS TRABAJADAS POR CADA ENTORNO PARA EL MES DE DICIEMBRE	12:00 PM	1:00 PM

5. Asistencia

Nombres y Apellidos	Cargo	Área (unidad)	Correo	Firma
Angelo Aguilar Gonzalez	Aux. Enfermería	E.C. Educativo	hemeroteca.ori@gmail.com	
Claudia Segura Vera	Referente	E.C. Comunitario	entornocuidadorcomunitario@subredcentrooriente.gov.co	
Johnny Eriola Hernandez	Referente	E.C. Educativo	epicioeducativo4@gmail.com	