	ESE MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA	
MACROPROCESO: APOYO		CODIGO: A-RFGD-F 018
PROCESO: RECURSOS FISICOS	Formato: HOJA DE TRAZABILIDAD	VERSION: 01
SUBPROCESO: GESTION DOCUMENTAL		FECHA: 28/03/2023

1.CONTRATO 1563-2024 ✓ 2. AREA FISIOTERAPIA EBS

3. CONTRATISTA MIGUEL ANGEL DUARTE CELIS ✓

COORDINADOR DE SEDE Y/O SECRETARIA

COPIA CONTRATO	
COPIA ACTA DE INICIO	X
INFORME DE ACTIVIDADES	X
PAGO S.G.S.S.S	X
CERT. BANCARIA	X
FOR. RETEFUENTE	X
INFORME Y/O ACTA DE ALMACEN	

OBSERVACIONES
Entregado el 6 de Diciembre

SUPERVISOR: RODOLFO RAFAEL MIRANDA RIVERA/DADELY MORALES MENDEZ

		FECHA DE ENTREGA	FIRMA
CERTIFICADO DE SUPERVISION			
PAZ Y SALVO			
LIQUIDACION			

OBSERVACIONES	FECHA DE ENTREGA	FIRMA

PRESUPUESTO:

OBSERVACIONES	FECHA DE ENTREGA	FIRMA
	FECHA DE ENTREGA	FIRMA

CONTABILIDAD:

OBSERVACIONES	FECHA DE ENTREGA	FIRMA
	FECHA DE ENTREGA	FIRMA

TESORERIA:

OBSERVACIONES	FECHA DE ENTREGA	FIRMA
	FECHA DE ENTREGA	FIRMA

JURIDICA:

OBSERVACIONES	FECHA DE ENTREGA	FIRMA

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:
Lily Yohana Ávila - Referente Gestión Documental	Claudia Puello Castro - Referente de Calidad	Maria Victoria Herrera Roa - Gerente

Soacha, diciembre 02 de 2024

CUENTA DE COBRO 1563 -3

EMPRESA DE SALUD ESE MUNICIPIO DE SOACHA
JULIO CESAR PEÑALOZA

NIT. 832.001.794-2

ESE Municipio de Soacha Julio Cesar Peñaloza
RECIBIDO
FECHA: 06-12-2024
HORA:
FOLIOS:
No. Radicación:
Firma:

DEBE A

MIGUEL ANGEL DUARTE CELIS
C.C. No. 1.014.250.981

La suma de:**($ 4.600.000) Cuatro millones seiscientos mil pesos m/cte.**

Por concepto de prestación de servicios profesionales como complementarios para realizar actividades de atención primaria en salud en el municipio de soacha en el marco de las normas vigentes, mediante la implementación de equipos básicos de salud en el contexto de las acciones de promoción, mantenimiento de la salud y la atención individual, colectiva y comunitaria de conformidad con la resolución n°. 1032 del 2024, expedida el 11 de junio de 2024, por el ministerio de salud y protección social en fisioterapia, durante el periodo comprendido del **01 de noviembre al 30 de noviembre de 2024**. Según contrato número 1563 /2024.

Consignar a la cuenta de ahorros No. 488436665829 Banco Davivienda
Numero de planilla 82011289 la cual fue cancelada el día 25 de noviembre del 2024.

Anexo planillas de seguridad social de los meses:

1. Agosto número de planilla 79355595 pagada el día 09/08/2024
2. Septiembre número de planilla 80594778 pagada el día 30/09/2024
3. Octubre número de planilla 81228508 pagada el día 01/11/2024.

MIGUEL ANGEL DUARTE CELIS

C.C. 1.014.250.981 de Bogotá
Dirección Cra 105ª #72-32 Bogotá
Teléfono 3044205481
e-mail: terapeuta03ebs.esesoacha@gmail.com

FECHA DE ELABORACION:	02 DE DICIEMBRE 2024
INFORME DE ACTIVIDADES	
NOMBRE:	MIGUEL ANGEL DUARTE CELIS
NUMERO CONTRATO:	1563-2024
VIGENCIA DEL CONTRATO:	09 DE SEPTIEMBRE AL 31 DE DICIEMBRE 2024
FECHA DE EJECUCION:	01 DE NOVIEMBRE AL 30 DE NOVIEMBRE 2024
VALOR TOTAL CONTRATO:	18.400.000
VALOR A COBRAR PERIODO:	4.600.000

ITEM	ACTIVIDAD	DESARROLLO	EJECUCION	EVIDENCIA
1	Realizar mapeo y cartografía social de los territorios de abordaje	Se suministró la información para la realización del mapa por el área psicosocial	Ejecutado	se videncia cartografias en PDF en carpeta drive y la NAS
2	Identificar personas no afiliadas al sistema de salud y gestionar el trámite de afiliación.	No se identificaron personas sin aseguramiento	Ejecutado	Block de notas evidencia en carpeta en drive y la NAS
3	Realizar valoración de primer contacto de acuerdo con los siguientes instrumentos: familiograma, APGAR familiar, Escala de sobrecarga del cuidador de ZARIT y Ecomapa a las familias caracterizadas.	Se suministro la información para la realización al área psicosocial	Ejecutado	PDF Planes de cuidado Evidencia en carpeta en drive y la NAS
4	Identificar las condiciones de salud de los miembros de la familia y los hogares, haciendo uso de los dispositivos médicos asignados	Se utilizaron los dispositivos médicos (equipos biomédicos) para la identificación de condiciones de salud	Ejecutado	PDF Planes de cuidado Evidencia en carpeta en drive y la NAS
5	Formular el plan integral del cuidado primario individual, familiar y comunitario con base en los resultados de la caracterización, identificando y articulando las diferentes intervenciones a desarrollar en el sector salud y los diferentes sectores.	Se formularon planes de cuidado	Ejecutado	PDF Planes de cuidado Evidencia en carpeta en drive y la NAS
6	Identificar las prioridades de respuesta individual, familiar y comunitaria por edad, sexo-género, etnia, entre otras características pertinentes y por microterritorios asignado	Se identificaron las prioridades y se dio manejo	Ejecutado	PDF Planes de cuidado Evidencia en carpeta en drive y la NAS
7	Gestionar la prestación de los servicios de salud (promoción de la salud, educación, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos), de acuerdo con las necesidades identificadas, realizando la canalización a las diferentes modalidades (extramural, intramural en prestador primario o complementario y telemedicina).	Se gestionó la prestación de servicios de salud con las canalizacónes pertinentes	Ejecutado	PDF soporte de canalización. Evidencia en carpeta en drive y la NAS
8	El contratista utilizará herramientas y tecnologías de georreferenciación avanzadas para garantizar la precisión y exactitud de los datos aportados en el informe de actividades.	No se cuenta la herramienta por el momento por ende no se realizó la actividad pero se estuvo en disposicón de hacerlo	Ejecutado	Block de notas evidencia en carpeta en drive y la NAS
9	Gestionar el traslado a instituciones de salud de personas que requieren remisión urgente a partir de lo identificado en la atención en salud	No se realizaron remisiones	Ejecutado	Block de notas evidencia en carpeta en drive y la NAS
10	Brindar educación para la salud e información orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de si mismo, de los demás y de su entorno en los microterritorios asignados.	Se brindó educación en salud	Ejecutado	PDF Planes de cuidado Evidencia en carpeta en drive y la NAS
11	Informar a las familias sobre el portafolio de servicios de salud y de otros sectores de acuerdo con sus necesidades	No se realizó canalizaciones	Ejecutado	PDF Planes de cuidado Evidencia en carpeta en drive y la NAS
12	Canalizar a la oferta de servicios brindada por otros sectores en el territorio conforme a las prioridades y necesidades sociales de la salud identificadas	No se identificó la necesidad de canalizar a otros sectores	Ejecutado	Block de notas evidencia en carpeta en drive y la NAS
13	Realizar seguimiento al acceso efectivo a los servicios de salud y servicios brindados por los otros sectores	No se realizo seguimientos duarnte este mes	Ejecutado	Block de notas evidencia en carpeta en drive y la NAS
14	Digitalizar los instrumentos que sean diligenciados de forma manual en la herramienta que defina el Ministerio de Salud y Protección Social para tal fin	Se digitalizó la información a través de formulario google	Ejecutado	Certificacion por sistemas Evidencia en carpeta en drive y la NAS
15	Convocar, implementar y realizar seguimiento a espacios de participación social y popular por cada una de las veredas-barrios y microterritorios abordados por el equipo	Se ingreso al microterritorio a partir del contacto establecido por el EBS	Ejecutado	PDF Informe de abordaje por EBS Evidencia en carpeta en drive y la NAS

16	Realizar tamizaje de pruebas rápidas de acuerdo a las prioridades y necesidades en la población de los microterritorios asignados.	No se cuenta con pruebas rápidas por lo que no se realizó la actividad pero se estuvo en disposición de hacerlo	Ejecutado	Block de notas evidencia en carpeta en drive y la NAS
18	Asistir y participar activamente en brigadas, jornadas de salud y demás actividades programadas	Hice parte de las brigadas realizadas los días 12, 14, 17 y 20 de noviembre de 2024 en los barrios llano grande, san umberto, CR palmeto y cristalina	Ejecutado	PDF de acta se evidencia en carpeta en drive y la NAS
19	El contratista deberá entregar de manera oportuna según las fechas estipuladas por la referente del programa, cronograma de actividades, plan de trabajo mensual, los productos realizados en campo, bases de datos y retroalimentación de casos y/o a la persona encargada de consolidar la información y seguimiento al plan de cuidado familiar y a su respectiva canalización.	Se articuló de manera oportuna las actividades ejecutadas y se suministró la información en el momento indicado	Ejecutado	Certificación referente coordinadora EBS evidencia en carpeta drive y la NAS
20	Realizar actividades del plan de gestión documental como son: organización, foliación y conservación de la documentación que tiene a cargo de acuerdo a los lineamientos exigidos, cumplir con cada uno de los procesos frente al manejo de la información y consolidación.	Se entrega información teniendo en cuenta lineamientos de gestión documental	Ejecutado	Certificación referente coordinadora EBS evidencia en carpeta drive y la NAS
21	Asistir a cada una de las capacitaciones, socializaciones e inducción frente a los cambios del proceso que requiera ser compartido por parte de la referente.	asisti el 7 de noviembre a induccion y reinduccion por parte de la ESE	Ejecutado	PDF Acta de asistencias Evidencia en carpeta en drive y la NAS
22	El contratista debe garantizar la calidad, oportunidad y suficiencia documental a través de: caracterización del individuo, plan de cuidado familiar --- priorización del individuo y/o familia, canalización efectiva, activación de rutas, base de datos y uso de aplicativos según lo estipulado por la ESE municipal Julio Cesar Peñaloza y el Ministerio de Salud. para las acciones realizadas en los territorios y microterritorios.	Se entrega la informacion con calidad, oportunidad y suficiencia	Ejecutado	Certificación referente coordinadora EBS evidencia en carpeta drive y la NAS
23	Cláusula verde participar de las actividades de gestión ambiental y poner en práctica el contenido de las capacitaciones de manejo integral de residuos, conductas básicas de bioseguridad, limpieza y desinfección, hospital verde y todas aquellas que surjan en el desarrollo de sus actividades	No fui convocado a espacios verdes pero estuve en disposición de hacerlo	Ejecutado	Block de notas evidencia en carpeta en drive y la NAS
25	Las demás actividades que le sean asignadas durante el mes y estén acordes con la naturaleza del objeto contractual	No me fueron asignadas otras actividades	Ejecutado	Block de notas evidencia en carpeta en drive y la NAS

MIGUEL ANGEL DUERTE CELIS
FISIOTERAPEUTA

Coordinadora Equipos basicos

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	1014250981	MIGUEL ANGEL DUARTE CELIS		Cra 10SA#72-32 Apto 517 Int 9	6017951776	santamiguel1@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 - 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	
2024-08	2024-08	1	09/08/2024	79355595	$410.000	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	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	31.700				31.700	0	0	31.700			317	31.700	1

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	7.800	0	0	7.800	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	1	7.800	7.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	410.000	410.000

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	1014250981	MIGUEL ANGEL DUARTE CELIS	Cra 105A#72-32 Apto 517 Int 9	6017951776	santamigoel1@hotmail.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	
2024-08	2024-08	I	09/08/2024	79355595	$410.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Genero	Subtipo	Extranjero	Cotiza en exterior	IGE	IRT	TDE	TAE	TDP	SAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	LBP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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	Días en Mora	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1014250981	DUARTE CELIS MIGUEL ANGEL	57	0		N																	23-14	1.300.000	299.000	0	0	0	0	EPS017	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	3	31.700	CCF24	1.300.000	7.800	0	0	0	0	0

PAGADA

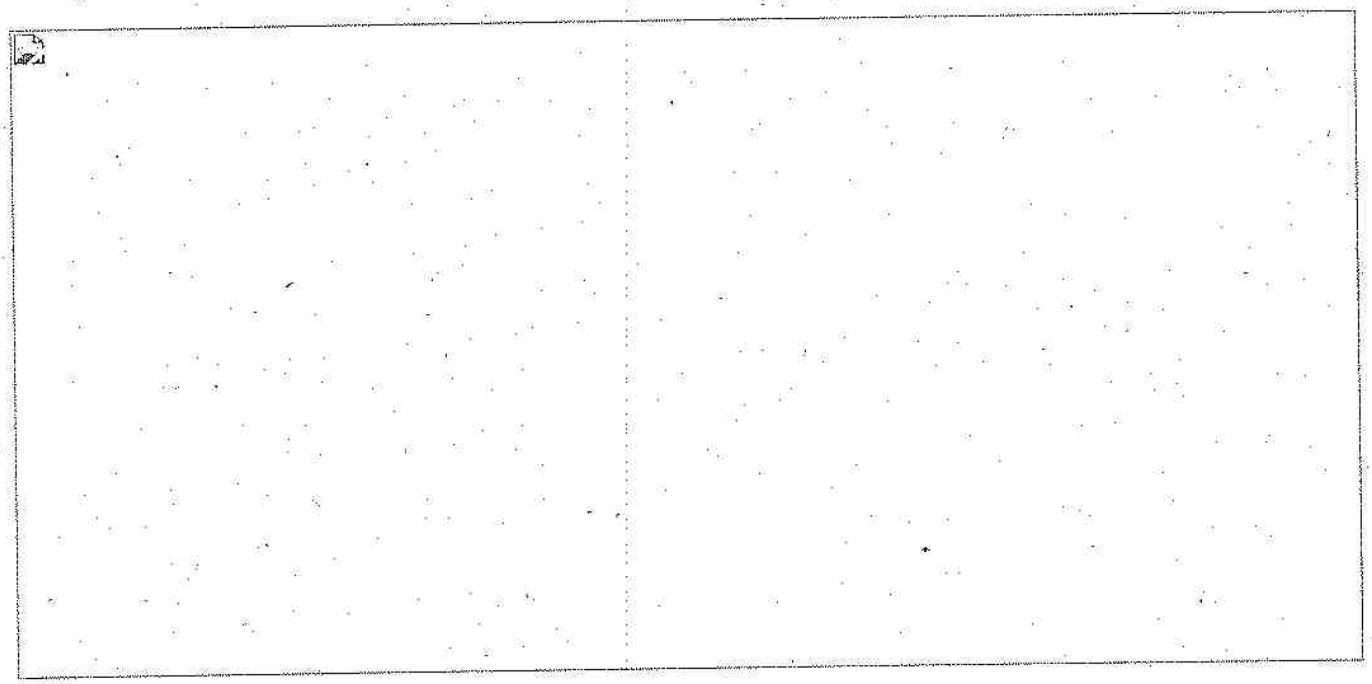
Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Gmail

PSE Transacción Aprobada - CUS 833057249 ☑

1 mensaje

<serviciopse@achcolombia.com.co> jue, 8 ago 2024 a la hora 11:41 p. m.
Para: santamiguel1@hotmail.com



¡Hola, miguel duarte!

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

Estado de la Transacción: **Aprobada**
CUS: 833057249
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transacción: $ 410.000
Fecha de Transacción: 08/08/2024



Ten en cuenta estos tips de seguridad

Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.

Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.

Procura cambiar tus contraseñas bancarias frencuentemente.

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	1014250981	MIGUEL ANGEL DUARTE CELIS		Cra 105A#72-32 Apto 517 Int 9	6017951776	santamiguel1@hotmail.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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2024-09	2024-09	I	30/09/2024	86594778	TOTAL A PAGAR	
					$580.400	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	230.000	0		0		0	0	0	0	230.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	294.400	0	0	0	0	0	0		294.400	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	44.900				44.900	0	0	44.900			449	44.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	11.100	0	0	11.100	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	230.000	230.000
Pensión	1	294.400	294.400
Riesgos Laborales	1	44.900	44.900
CCF	1	11.100	11.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	580.400	580.400

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	1014250981	MIGUEL ANGEL DUARTE CELIS		Cra 105A#72-32 Apto 517 Int 9	6017951776	santamiguel1@hotmail.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	
2024-09	2024-09	I	30/09/2024	80594778	$550.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colombiano en el exterior	Estudiante	IRP	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	INL	EGE/ESC/ESP	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	1014250981	DUARTE CELIS MIGUEL ANGEL	57	0			N																25-14	1.840.000	294.400	0	0	0	0.	EPS017	1.840.000	230.000	14-11	1.840.000	3	44.900	CCF24	1.840.000	11.500	0	0	0	0	0

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	1014250981	MIGUEL ANGEL DUARTE CELIS	Cra 105A#72-32 Apto 517 Int 9	6017951776	santamiguel1@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 – Independiente			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-10	I	01/11/2024	81228508	$580,400	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	230,000	0		0		0	0	0	0	230,000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	294,400	0	0	0	0	0	0		294,400	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	800903790-5	44,900				44,900	0	0	44,900			449	44,900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	11,100	0	0	11,100	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	230,000	230,000
Pensión	1	294,400	294,400
Riesgos Laborales	1	44,900	44,900
CCF	1	11,100	11,100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	580,400	580,400

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	1014250981	MIGUEL ANGEL DUARTE CELIS		Cra 105A#72-32 Apto 517 Int 9	6017951776	santamiguel1@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-10	I	01/11/2024	81228508	$550.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES															
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIONES
1	CC	1014250981	DUARTE CELIS MIGUEL ANGEL	57	0			N																

PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
25-14	1.840.000	294.400	0	0	0	0	EPS017	1.840.000	230.000	14-11	1.840.000	3	44.900	CCF24	1.840.000	11.100	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Banco de Bogotá

Comprobante de compra y pagos virtuales PSE

Pago exitoso

Número de autorización 716202

domingo, 29 de septiembre de 2024, 8:47:16 PM

Detalle

$580,400.00
Valor Pagado

IVA incluído:	$0.00
Pago a:	COMPENSAR-OI
Débito desde:	Cuenta de ahorros ******8585
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Fecha y hora inicio transacción	2024-09-29 8:44:21
NIT del comercio	9998600669427
Número de factura	80594778
Código Único de Seguimiento	945111776
Dirección IP:	152.204.185.44
Referencia 1:	
Referencia 2:	CC
Referencia 3:	1014250981

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	1014250981	MIGUEL ANGEL DUARTE CELIS	Cra 105A#72-32 Apto 517 Int 9	6017951776	santamiguel1@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	1	25/11/2024	82011289	$580.400	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	230.000	0		0		0	0	0	0	230.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	294.400	0	0	0	0	0	0		294.400	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	44.900				44.900	0	0	44.900			449	44.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	11.100	0	0	11.100	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	230.000	230.000
Pensión	1	294.400	294.400
Riesgos Laborales	1	44.900	44.900
CCF	1	11.100	11.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	580.400	580.400

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	1014250981	MIGUEL ANGEL DUARTE CELIS		Cra 105A#72-32 Apto 517 Int 9	6017951776	santamiguel1@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	1	25/11/2024	62011289	$580.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																	PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Extranjero	Colombiano en el exterior	Dpto.	Ciudad	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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	1014250981	DUARTE CELIS MIGUEL ANGEL	N																				25-14	1.840.000	294.400	0	0	0	0	EPS017	1.840.000	230.000	14-11	1.840.000	3	44.900	CCF24	1.840.000	11.100	0	0	0	0	0

PAGADA

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



¡Hola, miguel duarte!

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

Estado de la Transacción: **Aprobada**
CUS: 1072455005
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transacción: $ 580.400
Fecha de Transacción: 24/11/2024

Ten en cuenta estos tips de seguridad

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

pse

ACH Colombia Oficial

@ACHColombia_

ACHColombiaOficial

ACH Colombia Oficial

Regresar

Respuesta de la transacción

Imprimir

Razón Social	Compensar OI
NIT	9998600669427
Pago via	MiPlanilla.com
Banco	NEQUI
Número de planilla	81228508
Fecha y hora de solicitud	2024/10/31
Fecha y hora de pago	2024/10/31
Valor	$580,400.00
CUS - Código de transaccion	1019121930
Descripción del pago	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Dirección IP del cliente	
Mensaje	La transacción se encuentra PENDIENTE de recibir confirmación por parte de la entidad financiera. Por favor intente más tarde aquí para ver el resultado de la transacción. De lo contrario verifique con su banco que el dinero no haya sido debitado. Si fue debitado recuerde los datos de la transacción e infórmelo a MiPlanilla.com Pago Proteccion Social.

Si tiene dudas acerca de la transacción puedes comunicarte con nuestras lineas de atención. En Bogotá al 307 7006 o a la línea gratuita nacional 01 8000 11 7006

Regresar Reintentar Pago

Nequi

Resumen de pago

Descripción de compra
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Estado de la solicitud
Transacción aprobada

Tienda
COMPENSAR-OI

Fecha de solicitud
31 de octubre de 2024

CUS
1019121930

Referencia Nequi
M16357166

¿Cuánto?
$ 580.400,00

Valor de los impuestos
$ 0,00

Número de referencia 2
CC

Número de referencia 3
1014250981

Factura de comercio
81228508

Tu plata salió de:

 Disponible

E.S.E. Municipal de Soacha Julio César Peñaloza	E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA	
MACROPROCESO: APOYO	Formato: CERTIFICACIÓN DE SUPERVISIÓN CONTRACTUAL PERSONA NATURAL	CODIGO: A-JURCON-F 005
PROCESO: GESTIÓN JURIDICA		VERSION: 01
SUBPROCESO: CONTRATACIÓN		FECHA: 26/11/2021

LA SUSCRITA COORDINADORA DE EQUIPOS BASICOS DE SALUD DE LA E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA

CERTIFICA QUE:

El (la) señor (a) **MIGUEL ANGEL DUARTE CELIS,** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No.**1014250981** y objeto contractual de prestación de servicios N° **1563-2024** como **FISIOTERAPEUTA** de conformidad con la resolución 1032 del 2024 expedida por el Ministerio de Salud y la Protección Social, ejecutó las actividades asignadas que corresponden para el período del **01 DE NOVIEMBRE AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2024**, por lo tanto se sugiere el pago correspondiente a la suma de CUATRO MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($4.600.000) durante el cual ejecutó el objeto contractual pactado y las obligaciones del mismo de acuerdo a las evidencias presentadas y los documentos que así lo soportan.

Así mismo se certifica que las evidencias del desarrollo de sus actividades fueron cargadas y verificadas en la NAS-INTRANET correspondiente.

Soacha, 02 de Diciembre del 2024

JEIMMY VARGAS HURTADO
COORDINADORA DE EQUIPOS BASICOS DE SALUD

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
Héctor Andrés Cendales Molano Subgerente Administrativo y Financiero	Yeni Escobar Peñaloza Líder de Calidad Julia Andrea De Ávila Heredia Jefe de la Oficina Asesora de Planeación y Gestión Interna	María Victoria Herrera Roa Gerente

E.S.E. Municipal de Soacha Julio César Peñaloza	E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA	
MACROPROCESO: APOYO	Formato: CERTIFICACIÓN DE SUPERVISIÓN CONTRACTUAL PERSONA NATURAL	CODIGO: A-JURCON-F 005
PROCESO: GESTIÓN JURIDICA		VERSION: 01
SUBPROCESO: CONTRATACIÓN		FECHA: 26/11/2021

LOS SUSCRITOS SUPERVISORES CONTRACTUAL DE LA E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA

C E R T I F I C A

Que, el (la) señor (a) **MIGUEL ANGEL DUARTE CELIS,** identificado con Cédula de Ciudadanía No. **1014250981**, ejecutó la Prestación de Servicio según contrato No. **1563-2024** las actividades realizadas en el período del **01 DE NOVIEMBRE AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2024,** durante el cual ejecutó el objeto contractual pactado y las obligaciones del mismo de acuerdo al informe del contratista, los documentos que así lo soportan y la certificación emitida por el coordinador y apoyo a la supervisión de Equipos Básicos.

Durante el período de certificación, el contratista ejecutó el 100% de las actividades asignadas para la meta, por lo tanto, se sugiere el pago correspondiente al valor de $4.600.000.

Soacha, 02 de diciembre de 2024

RODOLFO RAFAEL MIRANDA RIVERA
SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD
Supervisor del Contrato

DADELY MORALES MENDEZ
SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
Supervisor del Contrato

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
Héctor Andrés Cendales Molano Subgerente Administrativo y Financiero	Yeni Escobar Peñaloza Líder de Calidad Julia Andrea De Ávila Heredia Jefe de la Oficina Asesora de Planeación y Gestión Interna	María Victoria Herrera Roa Gerente

	E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA	
MACROPROCESO: APOYO	Formato: INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRACTUAL PERSONA NATURAL	CODIGO:A-JURCON-F 002
PROCESO: GESTIÓN JURIDICA		VERSION: 01
SUBPROCESO: CONTRATACIÓN		FECHA: 26/11/2021

FECHA DE ELABORACIÓN	02 de Diciembre de 2024
CONTRATO No.	1563-2024
CONTRATISTA	MIGUEL ANGEL DUARTE CELIS
REPRESENTANTE LEGAL	**NO APLICA**
IDENTIFICACION REPRESENTANTE LEGAL	**NO APLICA**
IDENTIFICACIÓN	1.014.250.981
OBJETO CONTRACTUAL	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL COMPLEMENTARIO PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN EL MUNICIPIO DE SOACHA EN EL MARCO DE LAS NORMAS VIGENTES, MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD EN EL CONTEXTO DE LAS ACCIONES DE PROMOCIÓN MANTENIMIENTO DE LA SALUD Y LA ATENCIÓN INDIVIDUAL COLECTIVA Y COMUNITARIA DE CONFORMIDAD CON LA RESOLUCIÓN 1032 DEL 2024 EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
FECHA DE INICIO	09 de septiembre de 2024
FECHA DE TERMINACIÓN	31 de diciembre de 2024
PRORROGA	N/A
VALOR DEL CONTRATO INICIAL	**$18.400.000**
ADICIÓN	N/A
PERIODO FACTURADO	01 de noviembre al 30 de noviembre
VALOR A GIRAR	**$4.600.000**
LUGAR DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL	ESE Municipal Julio Cesar Peñaloza – EBS Equipos Básico de Salud
ACTIVIDADES EJECUTADAS	De conformidad con las certificaciones expedidas por las coordinadoras de Equipos Básicos de Salud del perfil Fisioterapeuta, Coordinadora **Jeimmy Vargas,** en donde certifican que el contratista ejecuta las obligaciones o actividades asignadas para el presente periodo a cobrar.
OBSERVACIÓN	Para la presente certificación se adjunta: Cuenta de Cobro del contratista No 1563- 3, Planilla de Pago de seguridad social con su respectivo soporte de pago, Informe de actividades, Certificación del Coordinador de Equipos Básicos y las respectivas evidencias del cumplimiento de las actividades contractuales especificas relacionadas en el informe de actividades cuyas evidencias reposan en el DRIVE y la NAS. al valor a girar estipulado para el periodo certificado.

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
Héctor Andrés Cendales Molano Subgerente Administrativo y Financiero	Yeni Escobar Peñaloza Líder de Calidad Julia Andrea De Ávila Heredia Jefe de la Oficina Asesora de Planeación y Gestión Interna	María Victoria Herrera Roa Gerente

	E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA	
MACROPROCESO: APOYO	Formato: INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRACTUAL PERSONA NATURAL	CODIGO:A-JURCON-F 002
PROCESO: GESTIÓN JURIDICA		VERSION: 01
SUBPROCESO: CONTRATACIÓN		FECHA: 26/11/2021

	No. DE PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL:	Agosto:79355595 Septiembre:80594778 Octubre:81228508 Noviembre:82011289
	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA:	Agosto:09/08/2024 Septiembre:30/09/2024 Octubre:01/11/2024 Noviembre:25/11/2024
	IBC:	Agosto:$1.300.000 Septiembre:$1.840.000 Octubre:$1.840.000 Noviembre:$1.840.000
	APORTE A PENSIÓN:	Agosto:$208.000 Septiembre: $294.400 Octubre: $294.400 Noviembre:$294.400
	APORTE A SALUD:	Agosto.$162.500 Septiembre: $230.000 Octubre: $230.000 Noviembre:$230.000
	APORTE A ARL:	Agosto:$31.700 Septiembre: $44.900 Octubre: 44.900 Noviembre:$44.900
RELACIÓN DE PAGOS	VALOR CONTRATADO	$18.400.000
	VALOR PAGADO A LA FECHA	$9.200.000
	VALOR A GIRAR	$4.600.000
	SALDO POR EJECUTAR	$ 4.600.000
NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR CERTIFICA ACTIVIDADES ASISTENCIALES EJECUTADAS	**RODOLFO RAFAEL MIRANDA RIVERA** Subgerente de Servicios de Salud	
FIRMA SUPERVISOR		
NOMBRE Y CARGO DELSUPERVISOR CERTIFICA AREA FINANCIERA	**DADELY MORALES MENDEZ** Subgerente de Administrativo y Financiero	
FIRMA SUPERVISOR		

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
Héctor Andrés Cendales Molano Subgerente Administrativo y Financiero	Yeni Escobar Peñaloza Líder de Calidad Julia Andrea De Ávila Heredia Jefe de la Oficina Asesora de Planeación y Gestión Interna	María Victoria Herrera Roa Gerente

E.S.E MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA

832.001.794 - 2

CUENTA POR PAGAR: 15114

Estado: Confirmado
Fecha de la CXP: 12/12/2024
Tercero: Cédula de ciudadanía - 1014250981 - MIGUEL ANGEL DUARTE CELIS
Proveedor: 1014250981 - MIGUEL ANGEL DUARTE CELIS
Cuenta contable: 24905401 - HONORARIOS
Disponibilidad: 2099 **Compromiso:** 2228 **Obligación:** 4400
Factura: DS0000009029 **Fecha:** 12/12/2024 **Plazo:**
Valor: $ 4.554.000
Valor en letras: CUATRO MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL PESOS CON CERO CTVS M/Cte.
Observaciones: CxP Generada Desde Inventarios (Comprobante de Entrada #00000000009627)
Detalle compromiso: Contrato No. 1563 Pago prestación de servicios profesionales como complementarios para realizar actividades de atención primaria en salud, de conformidad con la resolución No. 1032 del 2024 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social. EBS
Detalle comprobante: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE CONFORMIDAD A LA RESOLUCIÓN No. 1032 DE 2024. MSPS.
PAGO: NOVIEMBRE DE 2024
CONTRATO DEL 2024 No. 1563

CONCEPTOS

	Cuenta contable	Base	Centro de costos	Naturaleza	Valor
266	73130218 - SERV. RES. 1032 DE 2024 DEL MSPS		203 - SMC-SERVICIOS AMBULATORIOS - PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	Debito	$ 4.600.000,00
079	24362709 - SERVICIOS (RETEICA) 10 X MIL	$ 4.600.000,00		Credito	$ 46.000,00

CUOTAS

N° Cuota	Fecha de vencimiento	Valor
1	12/12/2024	$ 4.554.000,00

Codigo y nombre del rubro	Codigo y nombre del tipo de gasto	Valor
		$ 0,00

ELABORO: JOSE CIRO PINTO GOMEZ

E.S.E MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA
832001794

OBLIGACION
4400

Estado: Confirmado
Fecha: 12/12/2024 9:49:19 a. m.
CDP: 2099
RP: 2228
Tercero: 1014250981 - MIGUEL ANGEL DUARTE CELIS
Documento: 00000000009627
Observaciones: EBS
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE CONFORMIDAD A LA RESOLUCIÓN No. 1032 DE 2024, MSPS.
PAGO: NOVIEMBRE DE 2024
CONTRATO DEL 2024 No. 1563

RUBROS							
Código	Nombre	Recurso	Tipo de Gasto	Valor	Debito	Credito	Total Final
2.1.2.02.02.009.01	HONORARIOS	001 - RECURSOS CORRIENTES	2.1 - GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	$ 4.600.000	$ 0	$ 0	$ 4.600.000
			Total Obligacion :	$ 4.600.000			$ 4.600.000

LICENCIADO A: [E.S.E MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA] NIT [8320010794-2]

Fecha Actual : jueves, 12 diciembre 2024

E.S.E MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA

832.001.794 - 2
CARRERA 2 # 12 - 38 SAN MARCOS
TEL: 729 39 22

COMPROBANTE DE EGRESO
Número : 000000000016462

Estado : Confirmado
Fecha del Egreso : 12/12/2024 3:27:33 p. m.
Beneficiario: 1014250981 DUARTE CELIS MIGUEL ANGEL
Valor: 4554000,0000
Valor en letras: CUATRO MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL PESOS CON CERO CTVS M/Cte.
Detalle : Egreso Generado por la Dispersion 00000001047

DATOS DEL PAGO EN CHEQUE

Banco: BANCOLOMBIA
Numero : **Consignar :** 12/12/2024 **Impuesto X Mil :** $ 0,00

DETALLE DEL MOVIMIENTO

CONCEPTO	CUENTA	DEBITO	CREDITO
BANCOLOMBIA 22100006162 - RESOLUCION 1032 -2024 - 7205	11100623	$ 0,00	$ 4.554.000,00
COMODIN Egreso Generado por la Dispersion 00000001047	24905401	$ 4.554.000,00	$ 0,00

FACTURAS AFECTADAS

Factura	Valor	Factura	Valor	Factura	Valor
DS0000009029	$ 4.554.000,00				

ORDEN DE PAGO GENERADA

Consecutivo	Fecha	Rubro	Nombre	Recurso	Valor
4383	20241212	2.1.2.02.02.009.01	HONORARIOS	001 - RECURSOS CORRIENTES	$ 4.600.000,00

Elaboró. :AD53890222 JOHANNA GUERRERO
Usuario Id. :AD1073691569

Nombre reporte : TSRPComprobanteEgresoCheque

LICENCIADO A: [EMPRESA DE SALUD E.S.E. DEL MUNICIPIO DE SOACHA] NIT [832001794-2]

Empresa: EMP. DE SALUD SOACHA **Nit:** 832001794
Usuario: DORA ESTEFANIA ACERO RUIZ

16 de Diciembre de 2024 7:29:34 AM
Dirección IP: 152.200.137.154

Su última entrada a la Sucursal Virtual Empresas fue el: viernes, 13 de diciembre de 2024 - 1:25 PM

Consulta de Lotes

A continuación, podrá consultar el detalle del lote de pagos. Si envió el lote en forma SAP ó PAB, presione el botón "Actualizar Registros". Si el lote enviado tiene el formato FIL debe presionar el icono "Guardar" para consultar el estado de cada pago.

⚠ **Te invitamos a actualizar el estado del lote a un estado Final, a través de la opción "Estado de transacciones/Histórico", debes seleccionar el lote y actualizarlo mediante el botón "Actualizar Lote" ubicado en la parte inferior de la pantalla.**

Información del Lote

Tipo de Pago:	PAGO DE NOMINA
Nombre del Pago:	1047
Cuenta a Debitar:	22100006162 - Ahorros
Nit de la Cuenta:	832001794
Nombre de la Cuenta:	EMP. DE SALUD SOACHA
Valor Total:	57,024,000.00
Número Total de Registros:	11
Fecha de Creación del Lote:	12/12/2024
Fecha de Aplicación:	12/12/2024
Fecha de Envío:	12/12/2024
Número de Secuencia:	A
Fecha Efectiva (dd/mm/aaaa):	12/12/2024
Estado:	Orden de pago recibida, en proceso de verificación

Estado de Registros		
Exitosos	11	☐
Pendientes	0	☐
Rechazados	0	☐
Otros	0	☐
Todos	11	☐

Búsqueda de Registros

Nombre Beneficiario

Identificación Beneficiario

Producto Beneficiario

Valor

Todas	☐	Nro. Registro	Código Transacción	Descripción Transacción	Nombre Beneficiario	Identificación Beneficiario	Producto Beneficiario	Valor	Entidad	Tipo Producto
	☐	1	OKB	ABONADO EN ENTIDAD DE ACH	WILLED LUIS CARLOS	1024540152	42562835	4,554,000.00	BANCO BBVA	AHORROS
	☐	2	OKB	ABONADO EN ENTIDAD DE ACH	JENNY SUSANA MARTI	1016429964	85002017	4,554,000.00	BANCO BBVA	AHORROS
	☐	3	OKB	ABONADO EN ENTIDAD DE ACH	MIGUEL ANGEL DUART	1014250981	550488436665829	4,554,000.00	BANCO DAVIVIENDA	AHORROS
	☐	4	OKB	ABONADO EN ENTIDAD DE ACH	ZULMA GOMEZ NEIRA	51593910	24050689839	4,554,000.00	BANCO CAJA SOCIAL	AHORROS
	☐	5	OKB	ABONADO EN ENTIDAD DE ACH	KARENT ESTEFANIA S	1032498958	550488414263175	4,554,000.00	BANCO DAVIVIENDA	AHORROS
	☐	6	OKB	ABONADO EN ENTIDAD DE ACH	DANIEL ENRIQUE VIR	1012401260	4852003502	4,554,000.00	SCOTIABANK COLPATRIA S.A	AHORROS
	☐	7	OKB	ABONADO EN ENTIDAD DE ACH	INGRID JOHANNA OCA	52886751	5700048702936O4	5,940,000.00	BANCO DAVIVIENDA	AHORROS
	☐	8	OKB	ABONADO EN ENTIDAD DE ACH	CRISTHIAN LEANDRO	1030583647	459200076758	5,940,000.00	BANCO DAVIVIENDA	AHORROS
	☐	9	OKB	ABONADO EN ENTIDAD DE ACH	JESSICA TATIANA SA	1010223605	27486041	5,940,000.00	BANCO DE BOGOTA	AHORROS
	☐	10	OKB	ABONADO EN ENTIDAD DE ACH	SANDRA PATRICIA LO	52464564	272127508	5,940,000.00	BANCO DE BOGOTA	AHORROS
	☐	11	OKB	ABONADO EN ENTIDAD DE ACH	PAULA ANDREA VACA	1032464248	24047025112	5,940,000.00	BANCO CAJA SOCIAL	AHORROS