	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					
DAISSY TATIANA JIMENEZ LEGUIZAMON					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	53,932,030				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN PSICOLOGIA 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 5707 2023	**FECHA INICIO CONTRATO**	1/06/2023		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 1,599,254	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	DOCE (12) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 73,422,291	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1,716,591		
N° DE INFORME:	16	**N° CRP:**	23316	**N° CDP:**	1495
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	1 AÑO 6 MESES 30 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:	19	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	18	**PRORROGAS**	16	
VALOR ADICIONADO	$ 2,824,770	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1715	**CRP DE LA ADICIÓN:**	25713	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 7,996,272	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2106	**CRP DE LA ADICIÓN:**	31722	**TIEMPO PRORROGADO:**	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,019,865	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2800	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38689	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3417	**CRP DE LA ADICIÓN:**	41706	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,158,311	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4129	**CRP DE LA ADICIÓN:**	51383	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,522,492	**CDP DE LA ADICIÓN:**	211	**CRP DE LA ADICIÓN:**	11154	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 3,346,266	**CDP DE LA ADICIÓN:**	399	**CRP DE LA ADICIÓN:**	15916	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 651,870	**CDP DE LA ADICIÓN:**	489	**CRP DE LA ADICIÓN:**	18625	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 7,679,029	**CDP DE LA ADICIÓN:**	892	**CRP DE LA ADICIÓN:**	20587	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1322	**CRP DE LA ADICIÓN:**	27318	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1712	**CRP DE LA ADICIÓN:**	31217	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**CRP DE LA ADICIÓN:**	35292	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 5,998,204	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**CRP DE LA ADICIÓN:**	39015	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,497,903	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**CRP DE LA ADICIÓN:**	42333	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4,498,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**CRP DE LA ADICIÓN:**	44476	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1,999,068	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3954	**CRP DE LA ADICIÓN:**	48454	**TIEMPO PRORROGADO:**	16 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4011	**CRP DE LA ADICIÓN:**	49510	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 1,640,171	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4170	**CRP DE LA ADICIÓN:**	51284	**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:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X
N° DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	FECHA DE APROBACIÓN:		N/A

ÍTEM	IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)
1	1. OBLIGACIÓN: Prestar sus servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Reunión de socialización de meta del mes de Diciembre. Ejecución de actividades de acuerdo al producto 63: Iniciativas de Cuidado y Bienestar en el ámbito del autocuidado, higiene corporal, habitos de vida saludable, prevención de situaciones de riesgo, prevención de lesiones por pólvora de pirotecnia y accidentes en el hogar. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Firma acta de asistencia socialización de meta mes de diciembre, Formato de sesiones colectivas.
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Ejecución de Cronograma de Actividades mensuales del 3 al 13 de diciembre 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Entrega de cronograma del mes de Diciembre con las actividades programadas y actualizacion periodica de lo ejecutado y entrega de portafolio con proyeccion del mes de Enero.
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: Desarrollo de las jornadas enfocadas en la ejeucución del producto 63. Iniciativas de Cuidado y Bienestar en el ámbito de promoción del autocuidado, higiene corporal, habitos de vida saludable, prevención de situaciones de riesgo, prevención de lesiones por pólvora de pirotecnia y accidentes en el hogar.. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Firma de acta de asistencia corresponsiente a la socializacion, formatos de sesion colectiva, ficha de conteo de jornadas, Registro fotografico construccion de iniciativas.
4	1. OBLIGACIÓN: Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Apoyo en las actividades requeridas. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Listado de asistencia, actas.
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: Realizacion de apropiacion de lineamientos enviados por la secretaria distrital de salud para la vigencia DICIEMBRE de 2024 a julio 2025. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas y listado de asistencia.
6	1. OBLIGACIÓN: Desarrollar procesos de asistencia técnica desde los diferentes procesos del Plan de Intervenciones Colectivas conforme a su saber disciplinar y profesional, en función de los requerimientos de los entornos y procesos transversales. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: No se ejecutan asistencias tecnicas 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): No se cuenta con soporte o evidencia, puesto que no se realizo actividad.
7	1. OBLIGACIÓN: Realizar revisión y responder por los formatos, documentos, bases o informes generados como resultado de las acciones o intervenciones realizadas en cumplimiento a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Diligenciar fichas de sesiones colectivas, Drive con información relacionada al producto. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Drive Fotográfico, Fichas de sesiones colectivas.
8	1. OBLIGACIÓN: Participar y gestionar los acercamientos comunitarios e institucionales que se requieran, para el desarrollo de las acciones de cada Espacio y/o Proceso Transversal del PSPIC. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Acercamiento a organizaciones sociales y comunidades locales para la implementación y desarrollo del producto 63: iniciativas de Cuidado y Bienestar. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de firmas.
9	1. OBLIGACIÓN: Activar y notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza proceso de canalización de acuerdo a las necesidades priorizadas e identificadas (15) 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de canalización y seguimiento (15)
10	1. OBLIGACIÓN: Participar en las asistencias técnicas convocadas por SDS de acuerdo a los procesos asignados y conforme a las actividades, metas y productos establecidos en los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Para el mes de Diciembre no se convocaron asistencias técnicas por parte de la secretaria distrital de salud. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): No se cuenta con soporte o evidencia, puesto que no se programo la activida para el mes
11	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar acciones de gestión documental de acuerdo a planeación del apoyo a la gestión, correspondiente a la actualización para transferencia de archivo 2023 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Cajas de archivo correspondiente
12	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: Se realizan actividades requeridas de acuerdo a la necesidad de la ejecución del contrato. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soportes requeridos de acuerdo a la actividad

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	82050743 - 82508815	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	06/12/2024 - 09/12/2024	$ 206,500
PENSIÓN:	PROTECCION	06/12/2024 - 09/12/2024	$ 264,300
RIESGOS LABORALES:	SURA	06/12/2024 - 09/12/2024	$ 40,300
OTRO	CCF COMPENSAR	06/12/2024 - 09/12/2024	$ 10,000
	TOTAL PAGADO		**$ 521,100**

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

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

VII. ANEXOS

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

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

Daissy Tatiana Jimenez L.

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: DAISSY TATIANA JIMENEZ LEGUIZAMON
CC: 53.932.030
CEL. 3134851[illegible]

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: 31/01/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	DAISSY TATIANA JIMENEZ LEGUIZAMON	**CC:**	53,932,030
		RUT (NIT):	53932030 - 3
CORREO ELECTRÓNICO:	tatisjimenez.tj@gmail.com	**TELÉFONO:**	3134851806
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 140 9 42	**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:	BANCOLOMBIA				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**N° CUENTA:**	04519040595

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	PS 5707 2023	**N° CDP:**	4011 - 4170	**N°. RP:**	49510 - 51284	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: 1 AÑO 6 MESES 30 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/06/2023	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		31/12/2024		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 73,422,291
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 3/12/2024 AL 31/12/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 1,716,591					
	UN MILLÓN SETECIENTOS DIECISÉIS MIL QUINIENTOS NOVENTA Y UN PESOS					

Daissi Tatiana Jimenez L.

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: DAISSY TATIANA JIMENEZ LEGUIZAMON

CC: **53,932,030**

CEL: **3134851806**

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			DAISSY TATIANA JIMENEZ LEGUIZAMON				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			53,932,030				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN PSICOLOGIA 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 5707 2023			**FECHA INICIO CONTRATO**	1/06/2023		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 1,599,254						
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 73,422,291			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1,716,591		
N° PAGO / N° DE INFORME:	16 de 16	**N° CRP INICIAL:**	23316	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	1495		
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	1 AÑO 6 MESES 30 DIAS						
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	82050743 - 82508815			**OPERADOR:**	MI PLANILLA		
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:	19	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICIÓN (18)	PRÓRROGA (16)
VALOR ADICIONADO	$ 2,824,770	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1715	**RP DE LA ADICIÓN:**	25713	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 7,996,272	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2106	**RP DE LA ADICIÓN:**	31722	**TIEMPO PRORROGADO:**	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,019,865	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2800	**RP DE LA ADICIÓN:**	38689	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3417	**RP DE LA ADICIÓN:**	41706	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,158,311	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4129	**RP DE LA ADICIÓN:**	51383	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,522,492	**CDP DE LA ADICIÓN:**	211	**RP DE LA ADICIÓN:**	11154	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 3,346,266	**CDP DE LA ADICIÓN:**	399	**RP DE LA ADICIÓN:**	15916	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 651,870	**CDP DE LA ADICIÓN:**	489	**RP DE LA ADICIÓN:**	18625	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 7,679,029	**CDP DE LA ADICIÓN:**	892	**RP DE LA ADICIÓN:**	20587	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1322	**RP DE LA ADICIÓN:**	27318	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1712	**RP DE LA ADICIÓN:**	31217	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**RP DE LA ADICIÓN:**	35292	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 5,998,204	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**RP DE LA ADICIÓN:**	39015	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,497,903	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**RP DE LA ADICIÓN:**	42333	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES

VALOR ADICIONADO	$ 4,498,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**RP DE LA ADICIÓN:**	44476	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1,999,068	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3954	**RP DE LA ADICIÓN:**	48454	**TIEMPO PRORROGADO:**	16 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4011	**RP DE LA ADICIÓN:**	49510	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 1,640,171	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4170	**RP DE LA ADICIÓN:**	51284	**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:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS (SI APLICA)

Nº DE PÓLIZA:	N/A	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**	N/A

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	X	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	X	
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?	X	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago,** **CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del 3/12/2024 al 31/12/2024

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

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

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53932030	DAYSSI TATIANA JIMENEZ LEGUIZAMON		CALLE 140 # 9 - 42	3134851806	tatisjimenez.tj@gmail.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	I	06/12/2024	82050743	$504.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	200.000	0		0		0	0	0	0	200.000	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	256.000	0	0	0	0	0	0		256.000	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	39.000				39.000	0	0	39.000			390	39.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	9.600	0	0	9.600	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	200.000	200.000
Pensión	1	256.000	256.000
Riesgos Laborales	1	39.000	39.000
CCF	1	9.600	9.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	504.600	504.600

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53932030	DAYSSI TATIANA JIMENEZ LEGUIZAMON	CALLE 140 # 9 - 42	3134851806	tatisjimenez.tj@gmail.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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-11	2024-11	I	06/12/2024	82050743	$504.600

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	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	53932030	JIMENEZ LEGUIZAMON DAYSSI TATIANA	57	0			N																	230201	1.600.000	256.000	0	0	0	0	EPS008	1.600.000	200.000	14-11	1.600.000	3	39.000	CCF24	1.600.000	9.600	0	0	0	0	0

PAGADA

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

pse Bancolombia

Comprobante de pago en línea

Comercio
COMPENSAR-OI

Número de comprobante
DBgPucSmd4mg

CUS
1106888694

Fecha y hora
6 diciembre 2024 16:24:43

Número de factura
82050743

Descripción del pago
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Referencia 1

Referencia 2
CC

Referencia 3
53932030

Producto origen
****0595

Costo de la transacción
$ 00.0 COP

Total Pagado: $ 504,600.0

Copyright © 2020 Grupo Bancolombia.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Viernes 06 de Diciembre del 2024 04:24:43 PM

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	53932030	DAYSSI TATIANA JIMENEZ LEGUIZAMON	CALLE 140 # 9 - 42	3134851806	tatisjimenez.tj@gmail.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
82050743	06/12/2024				EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-11	2024-11	N	09/12/2024	82508815	$16.500

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	6.500	0		0		0	0	0	0	6.500	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	8.300	0	0	0	0	0	0		8.300	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	1.300				1.300	0	0	1.300			13	1.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	400	0	0	400	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	6.500	6.500
Pensión	1	8.300	8.300
Riesgos Laborales	1	1.300	1.300
CCF	1	400	400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	16.500	16.500

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	53932030	DAYSSI TATIANA JIMENEZ LEGUIZAMON	CALLE 140 # 9 - 42	3134851806	tatisjimenez.tj@gmail.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
82050743	06/12/2024				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	N	09/12/2024	82508815	$16.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	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	53932030	JIMENEZ LEGUIZAMON DAYSSI TATIANA	57	0			N																	230201	1.651.600	264.300	0	0	0	0	EPS008	1.651.600	206.500	14-11	1.651.600	3	40.300	CCF24	1.651.600	10.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

pse Bancolombia

Comprobante de pago en línea

Comercio
COMPENSAR-OI

Número de comprobante
DB6RgNK7XXjX

CUS
1111641603

Fecha y hora
9 diciembre 2024 09:07:51

Número de factura
82508815

Descripción del pago
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Referencia 1

Referencia 2
CC

Referencia 3
53932030

Producto origen
****0595

Costo de la transacción
$ 00.0 COP

Total Pagado: $ 16,500.0

Copyright © 2020 Grupo Bancolombia.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Lunes 09 de Diciembre del 2024 09:07:52 AM