

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

SANTIAGO ANDRES CASTRO BOTELLO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

1.014.292.169

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN INGENIERIA AMBIENTAL 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 3407 2025

FECHA INICIO CONTRATO

01/01/2025

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$ 23.988.816

PLAZO
INICIAL DEL
CONTRATO

SEIS (6) MESES

VALOR TOTAL DEL CONTRATO
INCLUIDO ADICIONES:

\$ 23.988.816

VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A
CERTIFICAR:

\$ 3.998.136

Nº DE INFORME:

1

Nº CRP:

5195

Nº CDP:

5

PLAZO TOTAL DEL CONTRATO
INCLUIDO PRORROGAS

SEIS MESES

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

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	0	PRORROGAS	0
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:
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:
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
Nº DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	FECHA DE APROBACIÓN:	N/A

ÍTE M	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	<p>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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS:</p> <p>Realización de la Planeación de Territorios para las intervenciones desde un enfoque diferencial, territorial y poblacional en las zonas priorizadas y entregadas por los equipos básicos extramurales de la Secretaría Distrital de salud o desde la Subred, socializados por el geógrafo del entorno cuidador comunitario.</p> <p>Realizar recorridos de caracterización territorial con mapas de la Zona entregados por Geógrafo del entorno comunitario.</p> <p>Elaborar documento análisis de Mapa de Actores según formato existente en la caja de herramientas.</p> <p>Elaboración de base o directorio de actores.</p> <p>Realizar revisión de indicadores de saludata.</p> <p>Diligenciar ficha de caracterización por barrio del sector catastral priorizado.</p> <p>Diligenciar Diario de campo por barrio del sector catastral priorizado.</p> <p>Participar en reunión de la SDS o Subred.</p> <p>Realizar seguimiento por barrio catastral priorizado con líderes o lideresas, según plan de acción o por solicitud desde nivel central, todo lo anterior, con precritica para garantizar calidad en el dato y con entregas oportunas acorde a cronograma.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Cronograma en archivo Excel.</p> <p>Acta reunión de planeación con Geógrafo.</p> <p>Mapas de las zonas.</p> <p>Documento Mapa de Actores.</p> <p>Archivo Excel Base o directorio de actores.</p> <p>Acta de reunión comité del cuidado.</p> <p>Acta revisión de indicadores saludata.</p> <p>Ficha de caracterización.</p> <p>Diario de Campo.</p> <p>Actas.</p> <p>Mapa de los sectores catastrales entregados por Geógrafo.</p> <p>Acta reunión seguimiento.</p>
2	<p>1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Elaboración y presentación Cronograma de actividades de acuerdo a las acciones establecidas por el Documento Operativo del Entorno Cuidador Comunitario para el mes de Enero 2025.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Cronograma de actividades en archivo excel correspondiente al mes de enero de 2025 cargado en drive comunitario.</p>
3	<p>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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizo apoyo a las actividades del PSPIC que están sujetas al objeto contractual presentando la información y soportes que se solicitan: Realizar recorridos de caracterización territorial con mapas de la Zona entregados por Geógrafo del entorno comunitario.</p> <p>Elaborar documento análisis de Mapa de Actores según formato existente en la caja de herramientas.</p> <p>Elaboración de base o directorio de actores.</p> <p>Realizar revisión de indicadores de saludata.</p> <p>Diligenciar ficha de caracterización por barrio del sector catastral priorizado.</p> <p>Diligenciar Diario de campo por barrio del sector catastral priorizado.</p> <p>Participar en reunión de la SDS o Subred.</p> <p>Realizar seguimiento por barrio catastral priorizado con líderes o lideresas, según plan de acción o por solicitud desde nivel central, todo lo anterior, con precritica para garantizar calidad en el dato y con entregas oportunas acorde a cronograma.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Cronograma en archivo Excel.</p> <p>Acta reunión de planeación con Geógrafo.</p> <p>Mapas de las zonas.</p> <p>Documento Mapa de Actores.</p> <p>Archivo Excel Base o directorio de actores.</p> <p>Acta de reunión comité del cuidado.</p> <p>Acta revisión de indicadores saludata.</p> <p>Ficha de caracterización.</p> <p>Diario de Campo.</p> <p>Actas.</p> <p>Mapa de los sectores catastrales entregados por Geógrafo.</p> <p>Acta reunión seguimiento.</p>
4	<p>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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Elaboración cronograma de actividades del mes de enero de 2025.</p> <p>Realización de la Planeación de Territorios para las intervenciones en articulación con el geógrafo del entorno comunitario dela Subred.</p> <p>Elaborar documento análisis de Mapa de Actores según formato existente en la caja de herramientas.</p> <p>Crear base o directorio de actores.</p> <p>Elaborar acta de reunión con el comité del cuidado según necesidad.</p> <p>Elaborar acta de revisión de indicadores de saludata.</p> <p>Elaborar ficha de caracterización por barrio del sector catastral priorizado.</p> <p>Elaborar Diario de campo por barrio del sector catastral priorizado.</p> <p>Acta de reunión de la SDS o Subred.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Cronograma en archivo Excel.</p> <p>Acta reunión de planeación con Geógrafo.</p> <p>Mapas de las zonas.</p> <p>Documento Mapa de Actores.</p> <p>Archivo Excel Base o directorio de actores.</p> <p>Acta de reunión comité del cuidado.</p> <p>Acta revisión de indicadores saludata.</p> <p>Ficha de caracterización.</p> <p>Diario de Campo.</p> <p>Actas.</p> <p>Mapa de los sectores catastrales entregados por Geógrafo.</p> <p>Acta reunión seguimiento.</p>
5	<p>1. OBLIGACION: Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad del dato requerida (oportunidad, consistencia, exactitud) desde su perfil profesional y conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre el FDS y la Subred.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se da cumplimiento a las acciones proyectadas en el Plan de Acción para el mes de enero 2025.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta:</p> <p>Formato de Ficha de caracterización:</p> <p>Formato Diario de Campo:</p> <p>Documento Mapa de Actores:</p>

6	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 participa en las reuniones de apropiación conceptual en el Direccionamiento técnico, reunión de entorno y se realiza lectura, apropiación y resumen de los documentos operativos, fichas técnicas y caja de herramientas de la vigencia y para el periodo comprendido entre el mes de diciembre de 2024 - julio 2025. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas.
7	1. OBLIGACIÓN: Realizar revisión y responder por los formatos de captura, documentos, bases o informes generados como resultado de las acciones o intervenciones realizadas de acuerdo a los lineamientos técnicos de los entornos y procesos transversales del convenio Interadministrativo PSPIC. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar precritica a los formatos entregados a GESI, caracterización Territorial, Diario de Campo y registros en drive de acuerdo con solicitud del apoyo. Alistamiento de preaditoria. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas.
8	1. OBLIGACIÓN: Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Durante el mes de enero de 2025 no se evidencia eventos de interés de Salud Pública para notificación. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Durante el mes correspondiente no se evidencian eventos de interés.
9	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza organización de la gestión documental de la estrategia Caracterización Territorial, orden cronológico de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Carpetas y cajas de archivo
10	1. OBLIGACIÓN: Dar cumplimiento a las actividades de los procesos TRANSVERSALES del PSPIC, de acuerdo a su competencia: CANALIZACIONES, PAI, Educación para la Salud Publica, GESI, ACCVSyE, Notificación de EISP y Participación Social. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza proceso de canalización de acuerdo a las necesidades priorizadas e identificadas, articulación con PAI y educación en salud en los recorridos territoriales de acuerdo a necesidad de la comunidad. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de canalización y seguimiento.
11	1. OBLIGACIÓN: El contratista se obliga a que las glosas que se generen por incumplimiento de las obligaciones contractuales y de acuerdo a los hallazgos que identifique el equipo de seguimiento y/o interventoría del FFDS SDS al Convenio Interadministrativo PSPIC (conforme al anexo de CRITERIOS DE GLOSA), serán causal de inicio de apertura de procedimiento administrativo sancionatorio de incumplimiento contractual. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se generan los soportes teniendo en cuenta el proceso de autocontrol, calidad del dato, veracidad, pertinencia técnica, dando respuesta al documento operativo y demás obligaciones contractuales, así como se garantiza el alistamiento oportuno de los productos del mes de enero de 2025 para el proceso Caracterización Territorial. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Alistamiento de productos para proceso de Caracterización Territorial.
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: Contar con disponibilidad de acuerdo a lo requerido por parte de la subred centro oriente E.S.E. y el PS-PIC. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	83366918	OPERADOR:	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	COMPENSAR	14/01/2025	\$	293.400
PENSIÓN:	PORVENIR	14/01/2025	\$	375.500
RIESGOS LABORALES:	SURA	14/01/2025	\$	57.200
OTRO	CCF COMPENSAR	14/01/2025 /	\$	47.000
TOTAL PAGADO			\$	773.100

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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMMLV (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

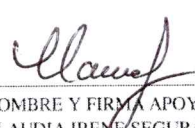
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

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

Santiago Castro

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: SANTIAGO ANDRES CASTRO BOTELLO
CC: 1.014.292.169
CEL 3013304843

	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:	SANTIAGO ANDRES CASTRO BOTELLO	CC: 1.014.292.169
		RUT (NIT): 1014292169-1
CORREO ELECTRÓNICO:	santiagocastrob97@gmail.com	TELÉFONO: 3013304843
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 43 A 59A 45 SUR	CIUDAD: BOGOTÁ
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.		
NO tomaré costos y deducciones		(X)
SI tomaré costos y deducciones		()
La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.		
Régimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación		SI () NO (X)
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA	
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		
TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA: 488403509489
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)		
N° DEL CONTRATO:	PS 3407 2025	N° CDP: 5
		N°. RP: 5195
		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SEIS MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	01/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: 30/06/2025
		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 23.988.816
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/01/2025 AL 31/01/2025	
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 3.998.136	
	TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CIENTO TREINTA Y SEIS PESOS	
<div>Santiago Castro</div>		
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: SANTIAGO ANDRES CASTRO BOTELLO		
CC:	1.014.292.169	
CEL:	3013304843	

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			
<u>SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</u>			
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 01/01/2025 al 31/01/2025			
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		 NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: LIDIA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA CARGO: PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30	
		 NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: CLAUDIA IRENE SEGURA VERA PERFIL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE GESTION	

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1014292169	SANTIAGO ANDRES CASTRO BOTELLO		DG 86A 103D 22 CASA 79	7581499	sanipolvorita@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	

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
2024-12	2024-12	I	14/01/2025	83366918	\$773.100

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	293.400	0		0		0	0	0	0	293.400	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
Z30301	Polvenir	800224808-8	375.500	0	0	0	0	0	0		375.500	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. Autorización	Valor									
14-11	ARL SURA	890903790-5	57.200				57.200	0	0	57.200			572	57.200

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre			NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte
CCF24	Compensar Caja			860066942-7	47.000	0	0

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	293.400	293.400
Pensión	1	375.500	375.500
Riesgos Laborales	1	57.200	57.200
CCF	1	47.000	47.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	773.100	773.100

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1014292169	SANTIAGO ANDRES CASTRO BOTELLO		DG 86A 103D 22 CASA 79	7581499	sanipolvorita@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						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
2024-12	2024-12	I	14/01/2025	83366918	\$773.100

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES													
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud	Exonerado	Código	Exonerado	Exonerado	INOS	INOT	TAS	TAS	TAS	TAS	TAS	TAS	TAS	TAS	TAS	TAS	TAS	TAS	TAS	TAS	TAS	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod. 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	1014292169	CASTRO BOTELLO SANTIAGO ANDRES	59	0	N																					290.601	2.346.732	375.500	0	0	0	0	EP5008	2.346.732	293.430	14-11	2.346.732	3	57.200	CCF24	2.346.732	47.000	0	0	0	0	0

PAGADA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS

1192802927

Destino de pago

COMPENSAR-01

Motivo

MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha

14/01/2025

Número de aprobación

00802927

Dirección IP

191.95.50.122

Valor transacción

\$ 773.100,00

Costo de la transacción

\$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1

Referencia 2

CC

Referencia 3

1014292169