	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

ERICA YOHANA TIRADO DUARTE

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.012.405.785				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4222 2023	**FECHA INICIO CONTRATO**	27/03/2023		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.299.448	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	UN (1) MES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 58.154.828	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.230.224		
N° DE INFORME:	19	**N° CRP:**	11255	**N° CDP:**	626
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	1 AÑO 9 MESES 4 DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6BH CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 29				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	21	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	21	**PRORROGAS**	18	
VALOR ADICIONADO	$ 2.955.748	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1161	**CRP DE LA ADICIÓN:**	18564	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.163.364	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1520	**CRP DE LA ADICIÓN:**	22555	**TIEMPO PRORROGADO:**	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 1.644.756	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1715	**CRP DE LA ADICIÓN:**	25058	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 5.161.592	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2106	**CRP DE LA ADICIÓN:**	31074	**TIEMPO PRORROGADO:**	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.473.820	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2800	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38085	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3417	**CRP DE LA ADICIÓN:**	41128	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.888.708	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3850	**CRP DE LA ADICIÓN:**	45209	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.486.269	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4129	**CRP DE LA ADICIÓN:**	50820	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.628.935	**CDP DE LA ADICIÓN:**	211	**CRP DE LA ADICIÓN:**	10593	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 2.059.288	**CDP DE LA ADICIÓN:**	399	**CRP DE LA ADICIÓN:**	15353	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	489	**CRP DE LA ADICIÓN:**	18096	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.690.672	**CDP DE LA ADICIÓN:**	892	**CRP DE LA ADICIÓN:**	20059	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3.075.560	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1322	**CRP DE LA ADICIÓN:**	26815	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 3.637.300	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1712	**CRP DE LA ADICIÓN:**	30790	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3.690.772	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**CRP DE LA ADICIÓN:**	34875	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 3.691.672	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38613	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.768.004	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**CRP DE LA ADICIÓN:**	41954	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.075.004	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**CRP DE LA ADICIÓN:**	44157	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.152.892	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3954	**CRP DE LA ADICIÓN:**	48159	**TIEMPO PRORROGADO:**	16 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.465.448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4011	**CRP DE LA ADICIÓN:**	49219	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 1.224.680	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4170	**CRP DE LA ADICIÓN:**	51245	**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: Apoyo en seguimientos de brotes de interes en salud publica y radicacion de muestras en Secretaria Distrital de Salud 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2024$\250_46_8_EMERGENCIAS\1.GESTION_INFORMACION\12.SIVIGILA\SOPORTE_RA\12_DICIEMBRE
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Presentar cronograma de actividades del corresponidente y proyectado al mes de Diciembre 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2024$\250_46_8_PRODUCTOS_GESTION\22. PREAUDIT_MES_A_MES\12_DICIEMBRE
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 ysuscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Envio semanal de archivo de retroalimentacion (RA) comunidad urgencias y emergencias centro oriente / Realizacion de ajuste correspondientes a eventos ingresados al sivigila web o sivigila escritorio 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): ENVIADO AL CORREO sivigilaoriente@saludcapital.gov.co C:\Users\UBH-EPI-063\Desktop\110019760002 (1)\\172.26.33.40\sivigila2024$\250_46_8_EMERGENCIAS\1.GESTION_INFORMACION\12.SIVIGILA\3.FICHAS\12_DICIEMBRE
4	1. OBLIGACIÓN: Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Ingreso y actualizacion de tablero de toma de muestras y descarga de historias clinicas, envio de base sivigila duplicados 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2024$\250_46_8_EMERGENCIAS\1.GESTION_INFORMACION\10. TOMA_MUESTRAS\12_DICIEMBRE\\172.26.33.40\sivigila2024$\250_46_8_EMERGENCIAS\1.GESTION_INFORMACION\12.SIVIGILA\BASE_DUPLICADOS
5	1. OBLIGACIÓN: Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Asistencia reunion de equipo reunion de area y talleres de fortalecimiento 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2024$\250_46_8_EMERGENCIAS\1.GESTION_INFORMACION\12.SIVIGILA\3.FICHAS\12_DICIEMBRE
6	1. OBLIGACIÓN: Realizar acciones extramurales a la población asignada a nivel individual, familiar y colectivo, desde su perfil técnico, y conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre la subred con el Fondo Financiero-SDS 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Toma de muestras y radicacion en Secretaria Distrital de Salud 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): C:\Users\UBH-EPI-063\Documents\sivigila - 2018\ARCHIVOS PLANOS
7	1. OBLIGACIÓN: Realizar acciones de promoción y prevención de la salud y de saneamiento ambiental a nivel individual, familiar y colectivo, desde su perfil técnico y conforme a los anexos y lineamientos 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Ingreso de fichas colectivas e individuales al aplicativo sivigila escritorio, Realizacion de ajustes en sivigila web 4.0 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2024$\250_46_8_EMERGENCIAS\1.GESTION_INFORMACION\12.SIVIGILA\3.FICHAS\12_DICIEMBRE
8	1. OBLIGACIÓN: Desarrollar procesos de asistencia técnica desde los diferentes procesos del Plan de Intervenciones Colectivas conforme a su saber disciplinar y técnico, en función de los requerimientos de los entornos y procesos transversales. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: descarga de base ajustes sivigila para verificacion de eventos duplicados 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2024$\250_46_8_EMERGENCIAS\1.GESTION_INFORMACION\12.SIVIGILA\BASE_DUPLICADOS
9	1. OBLIGACIÓN: Activar y notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Envio de notificacion semanal, revision de base nominal y base en linea 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2024$\250_46_8_EMERGENCIAS\1.GESTION_INFORMACION\12.SIVIGILA\2.SOPORTE_DE_ENVIOS\12_DICIEMBRE_INMEDIATA
10	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar el proceso de gestion documental. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2024$\250_46_8_EMERGENCIAS
11	1. OBLIGACIÓN: Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Asistencia reunion de equipo reunion de area y talleres de fortalecimiento de eventos en interes publica y sivigila 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2024$\250_46_8_EMERGENCIAS\1.GESTION_INFORMACION\12.SIVIGILA\3.FICHAS\12_DICIEMBRE

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	81960220	**OPERADOR:**	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	COMPENSAR	6/12/2024	$	162.500
PENSIÓN:	PORVENIR	6/12/2024	$	208.000
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	6/12/2024	$	31.700
OTRO			$	-
	TOTAL PAGADO		**$**	**402.200**

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

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

VII. ANEXOS

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

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

Erica Yohana Tirado Duarte

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ERICA YOHANA TIRADO DUARTE
CC: 1.012.405.785
CEL 3133543028

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:	ERICA YOHANA TIRADO DUARTE	**CC:**	1.012.405.785
		RUT (NIT):	1012405785-7
CORREO ELECTRÓNICO:	erikyohanad@gmail.com	**TELÉFONO:**	3133543028
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 78 I 54D 11 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:**	456800133898

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	PS 4222 2023	**N° CDP:**	4011-4170	**N°. RP:**	49219-51245	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: 1 AÑO 9 MESES 4 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	27/03/2023	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		31/12/2024		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 58.154.828
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 3/12/2024 AL 31/12/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 1.230.224 UN MILLÓN DOSCIENTOS TREINTA MIL DOSCIENTOS VEINTICUATRO PESOS					

Erica yohana Tirado Duarte

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ERICA YOHANA TIRADO DUARTE

CC: 1.012.405.785

TEL: 3133543028

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION	CÓDIGO: AP IA FT 078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024 09 16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	ERICA YOHANA TIRADO DUARTE
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.012.405.785

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4222 2023			FECHA INICIO CONTRATO	27/03/2023
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.299.448				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 58.154.828			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 1.230.224
N° PAGO / N° DE INFORME:	19 de 19	N° CRP INICIAL:	11255	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	626
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	1 AÑO 9 MESES 4 DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	81960220			OPERADOR:	MI PLANILLA
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GSP PSPIC - VSP				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6BH CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 29				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	21	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICIÓN (21)	PRÓRROGA (18)
VALOR ADICIONADO	$ 2.955.748	CDP DE LA ADICIÓN:	1161	RP DE LA ADICIÓN:	18564	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.163.364	CDP DE LA ADICIÓN:	1520	RP DE LA ADICIÓN:	22555	TIEMPO PRORROGADO:	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 1.644.756	CDP DE LA ADICIÓN:	1715	RP DE LA ADICIÓN:	25058	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 5.161.592	CDP DE LA ADICIÓN:	2106	RP DE LA ADICIÓN:	31074	TIEMPO PRORROGADO:	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.473.820	CDP DE LA ADICIÓN:	2800	RP DE LA ADICIÓN:	38085	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.448	CDP DE LA ADICIÓN:	3417	RP DE LA ADICIÓN:	41128	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.888.708	CDP DE LA ADICIÓN:	3850	RP DE LA ADICIÓN:	45209	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.486.269	CDP DE LA ADICIÓN:	4129	RP DE LA ADICIÓN:	50820	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.628.935	CDP DE LA ADICIÓN:	211	RP DE LA ADICIÓN:	10593	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ 2.059.288	CDP DE LA ADICIÓN:	399	RP DE LA ADICIÓN:	15353	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.448	CDP DE LA ADICIÓN:	489	RP DE LA ADICIÓN:	18096	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.690.672	CDP DE LA ADICIÓN:	892	RP DE LA ADICIÓN:	20059	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3.075.560	CDP DE LA ADICIÓN:	1322	RP DE LA ADICIÓN:	26815	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 3.637.300	CDP DE LA ADICIÓN:	1712	RP DE LA ADICIÓN:	30790	TIEMPO PRORROGADO:	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3.690.772	CDP DE LA ADICIÓN:	2248	RP DE LA ADICIÓN:	34875	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 1 DIA

VALOR ADICIONADO	$ 3.691.672	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**RP DE LA ADICIÓN:**	38613	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.768.004	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**RP DE LA ADICIÓN:**	41954	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.075.004	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**RP DE LA ADICIÓN:**	44157	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.152.892	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3954	**RP DE LA ADICIÓN:**	48159	**TIEMPO PRORROGADO:**	16 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.465.448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4011	**RP DE LA ADICIÓN:**	49219	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 1.224.680	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4170	**RP DE LA ADICIÓN:**	51245	**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:
MARIA CRISTINA DUARTE GARZON
CARGO:
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 29

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
ANDREA EMILCE SANCHEZ OJEDA
PERFIL:
PROFESIONAL ESPECIALIZADO 3

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	1012405785	ERICA YOHANA TIRADO DUARTE	KR 78 I 54D 11 SUR	7822165	erikyohanad@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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	06/12/2024	81960220	$402.200	

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	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
230301	Porvenir	800224808-8	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	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

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	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	402.200

PAGADA

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

CamScanner

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	1012405785	ERICA YOHANA TIRADO DUARTE	KR 78 I 54D 11 SUR	7822165	erikyohanad@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	81960220	$402.200	

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	IGE	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	1012405785	TIRADO DUARTE ERICA YOHANA	59	0			N																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500	14-7	1.300.000	3	31.700		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

CamScanner

PSE Transacción Aprobada - CUS 1105604034

1 mensaje

<serviciopse@achcolombia.com.co> vie, 6 de dic de 2024 a la hora 10:11
Para: anghelrodriguez0524@gmail.com



¡Hola, Anghel Jineth Rodriguez Anzola!

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

Estado de la Transacción: **Aprobada**
CUS: 1105604034
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transacción: $ 402.200
Fecha de Transacción: 06/12/2024

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.