x160 HORAS

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 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	ANDREA PATRICIA PEÑA VASQUEZ				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	29.831.870				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN 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 4941 2024		FECHA INICIO CONTRATO	6/09/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 1.732.526	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	TRECE (13) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 12.427.530		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 4.011.360	
Nº DE INFORME:	4	Nº CRP:	41392	Nº CDP:	2713
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	3 MESES 25 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

Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	4	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	4	PRORROGAS	3	
VALOR ADICIONADO	$ 4.298.136	CDP DE LA ADICIÓN:	3170	CRP DE LA ADICIÓN:	42567	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.998.136	CDP DE LA ADICIÓN:	3525	CRP DE LA ADICIÓN:	43774	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 92.200	CDP DE LA ADICIÓN:	3764	CRP DE LA ADICIÓN:	47528	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ 2.306.532	CDP DE LA ADICIÓN:	3954	CRP DE LA ADICIÓN:	47739	TIEMPO PRORROGADO:	16 DIAS
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		

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)

ÍTEM	
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: Realizar actividades administrativas o de campo de apoyo a la gestión PAI de la localidad 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato plan de acción de actividades.
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar las acciones de planeación, organización del Programa Ampliado de Inmunización incluida la vacunación COVID-19 y otras que se incluyan en la modalidad Intramural con el fin de lograr coberturas de vacunación de las IPS asignadas. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato plan de acción de actividades.
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: Desarrollar las actividades establecidas por lineamiento para el perfil. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): archivo de documentacion requerida por lineamiento.
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: Realizar seguimiento a los planes de mejora implementados por las IPS con incumplimiento de los compromisos generados en la primera visita y los generados por EAPV. Los planes de mejora se deben cerrar en un plazo máximo de 2 meses con mínimo un seguimiento 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de planes de mejora.

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: Durante el periodo no se realizo 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Durante el periodo no se realizo
6	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: Realizar asistencia técnica al talento humano vacunador y responsable de la vacunación en las IPS con servicio de vacunación habilitado y equipo extramural, en todos los componentes del PAI que incluye la adherencia a guías, evaluación de indicadores del programa incluyendo la vacunación contra COVID 19 y otras que ingresen que ingresen al programa, según población contratada por EAPB (cobertura por biológico, acceso, deserción, completitud, exactitud, oportunidad de vacunación de recién nacidos, calidad de informes, excursiones de temperatura y EAPV); estrategias implementadas para la ruta de atención integral en salud, en el seguimiento a vacunados;Según hallazgos generar los compromisos para mejorar hallazgos e indicadores del PAI.
7	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: Entrega de formatos establecidos en la caja de herramientas por parte de secretaria de salud y envio de informe mensual. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de asistencia tecnica., envio Informe mensual.
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: Realizar Asistencias tecnicas en IPS mensualmente. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de asistencia tecnica.
9	1. OBLIGACIÓN: Activar y notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar seguimiento a EAPV a través de la visita al punto de vacunación 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta visitas de EAPV notificadas por vigilancia al punto de vacunación y acta de reunión de la unidad de análisis convocados por vigilancia para clasificación del evento
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: Alistamiento y entrega de productos realizados durante el mes en SDS y auditorias. sel el dia 08/11/2024 a
11	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Archivo y scaner mensual de los productos elaborados. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Archivo fisico en unidad San Jose Obrero
12	1. OBLIGACIÓN: Implementar de las tácticas extramurales necesarias para buscar la población pendiente por iniciar, continuar y completar esquemas de vacunación 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar asistencia técnica al talento humano vacunador y responsable de la vacunación del equipo extramural, en todos los componentes del PAI que incluye la adherencia a guías, evaluación de indicadores del programa incluyendo la vacunación contra COVID 19 y otras que ingresen que ingresen al programa, según población contratada por EAPB (cobertura por biológico, acceso, deserción, completitud, exactitud, oportunidad de vacunación de recién nacidos, calidad de informes, excursiones de temperatura y EAPV); estrategias implementadas para la ruta de atención integral en salud, en el seguimiento a vacunados;Según hallazgos generar los compromisos para mejorar hallazgos e indicadores del PAI 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de asistencia tecnica.
13	1. OBLIGACIÓN: Gestionar la entrega de distribución de biológico y consolidación de informes mensuales de movimientos de biológicos del proceso de PAI 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Apoyo a la recepcion de informes correspondientes al mes anterior. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta de recepcion de informes.
14	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: Cumplimiento de las demás obligaciones asignadas por el supervisor del contrato 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Asistencia a reuniones de equipo.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	81842079	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	19/11/2024	$ 218.800
PENSIÓN:	COLPENSIONES	19/11/2024	$ 280.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	19/11/2024	$ 42.700
OTRO			$ -
TOTAL PAGADO			$ 541.500

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

Andrea Patricia Peña

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ANDREA PATRICIA PEÑA VASQUEZ
CC: 29.831.870
CEL 3134857014

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:	ANDREA PATRICIA PEÑA VASQUEZ	**CC:**	29.831.870
		RUT (NIT):	29831870-2
CORREO ELECTRÓNICO:	andreapatri0607@gmail.com	**TELÉFONO:**	3134857014
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 15 SUR 26 57	**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 CAJA SOCIAL				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**N° CUENTA:**	24088197847

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

N° DEL CONTRATO:	PS 4941 2024	**N° CDP:**	3525-3764-3954	**N°. RP:**	43774-47528-47739	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: 3 MESES 25 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	6/09/2024	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		31/12/2024		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 12.427.530
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 1/11/2024 AL 30/11/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	$ 4.011.360					
	CUATRO MILLONES ONCE MIL TRESCIENTOS SESENTA PESOS					

Andrea Patricia Peña

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ANDREA PATRICIA PEÑA VASQUEZ

CC: **29.831.870**

CEL: **3134857014**

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-LA-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	ANDREA PATRICIA PEÑA VASQUEZ
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	29.831.870

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN 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 4941 2024			FECHA INICIO CONTRATO	6/09/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 1.732.526				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 12.427.530			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 4.011.360
N° PAGO / N° DE INFORME:	4 de 4	N° CRP INICIAL:	41392	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	2713
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	3 MESES 25 DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	81842079			OPERADOR:	MI PLANILLA
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GSP PSPIC - MACRO, MESO Y MICRO				
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:	4	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICIÓN (4)	PRÓRROGA (3)
VALOR ADICIONADO	$ 4.298.136	CDP DE LA ADICIÓN:	3170	RP DE LA ADICIÓN:	42567	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.998.136	CDP DE LA ADICIÓN:	3525	RP DE LA ADICIÓN:	43774	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 92.200	CDP DE LA ADICIÓN:	3764	RP DE LA ADICIÓN:	47528	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ 2.306.532	CDP DE LA ADICIÓN:	3954	RP DE LA ADICIÓN:	47739	TIEMPO PRORROGADO:	16 DIAS
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
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:	
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:	
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 1/11/2024 al 30/11/2024

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

Luz Pineda D

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
LUZ CONSUELO PINEDA DUEÑEZ
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	29831870	ANDREA PATRICIA PEÑA VASQUEZ		CRA 13 A # 42 09 SUR	4075959	andreapatri0607@gmail.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	19/11/2024	81842079	$541.500	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	218.800	0		0		0	0	0	0	218.800	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	280.000	0	0	0	0	0	0		280.000	

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	890903790-6	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	

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	218.800	218.800
Pensión	1	280.000	280.000
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.500	541.500

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	29831870	ANDREA PATRICIA PEÑA VASQUEZ	CRA 13 A # 42 09 SUR	4075859	andrespatri0607@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	
2024-10	2024-10	I	19/11/2024	81842079	$541.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF		PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Depend.	Tipo Cotizante	Extranjero	Colombiano en el exterior	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Reg. Especial	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	%	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	29831870	PEÑA VASQUEZ ANDREA PATRICIA	59	0			N								X									25-14	1.750.000	280.000	0	0	0	0	EPS010	1.750.000	218.900	14-11	1.750.000	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Banco Caja Social
Su banco amigo.

NOMBRE DEL COMERCIO

COMPENSAR-OI

NIT DEL COMERCIO

9998600669427

CÓDIGO DEL SERVICIO

99000

VALOR DE LA TRANSACCIÓN

$541.500,00

VALOR DEL IMPUESTO

$0,00

REFERENCIA DE PAGO

81842079

FECHA DE LA SOLICITUD

19 noviembre 2024

REFERENCIA 1

REFERENCIA 2

CC

REFERENCIA 3

29831870

CÓDIGO DE LA TRANSACCIÓN (CUS)

1060761412

CICLO DE LA TRANSACCIÓN

1

DESCRIPCIÓN DEL PAGO

MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

CUENTA ORIGEN

Cuentamiga *******7847