



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E  
APOYO - GESTIÓN 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

FRANCY MILENA BOGOTA ALVAREZ

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		53.049.776			
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 3771 2025	FECHA INICIO CONTRATO	01/01/2025		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 14.762.688	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	SEIS (6) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 14.762.688	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.460.448		
Nº DE INFORME:	2	Nº CRP:	5487	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:
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

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: Realizar las actividades descritas en el lineamiento vigente del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según el convenio con la Subred Centro Oriente. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar actividades programadas en el cronograma mensual y realizar las observaciones pertinentes frente a las actividades que se realizaron y que no estaban plasmadas dentro del cronograma mensual. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en magnético

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: Cumplir con el protocolo y los procesos de vacunación segura con el fin de mantener y mejorar la calidad del servicio de vacunación.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en magnético</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: Cumplir con el protocolo y los procesos de vacunación segura con el fin de mantener y mejorar la calidad del servicio de vacunación.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en magnético</p>
5	<p>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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Leer y realizar apropiación conceptual según el Manual técnico Administrativo del PAI, las circulares y lineamientos vigentes del PAI.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en magnético</p>
6	<p>1. OBLIGACIÓN: Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad del dato requerida (oportunidad, consistencia, exactitud) desde su perfil técnico y conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio Interadministrativo PSPIC.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar la búsqueda activa de población susceptible para vacunación dentro de las 6 localidades en cada una de las estrategias del programa ampliado de inmunizaciones para la administración de inmunobiológicos correspondientes de acuerdo al antecedente vacunal de cada usuario, realizando correcto diligenciamiento de los formatos estipulados en el programa</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en magnético</p>
7	<p>1. OBLIGACIÓN: Realizar con calidad y oportunidad los procesos de captura del dato, revisión y custodia de los formatos, documentos y/o bases de datos y aplicativos, que correspondan a las acciones o intervenciones realizadas de acuerdo a los lineamientos técnicos de los entornos y procesos transversales del convenio Interadministrativo PSPIC</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar la respectiva verificación del antecedente vacunal así como los datos de identificación y/o ubicación correspondientes al usuario para el respectivo registro diario de vacunación, los cuales serán responsabilidad del vacunador- registrador encargado hasta la entrega al jefe extramural.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en magnético</p>
8	<p>1. OBLIGACIÓN: Dar cumplimiento a las actividades de los procesos TRANSVERSALES del PSPIC, de acuerdo a su competencia: CANALIZACIONES, PAI, Educación para la Salud Pública, GESI, ACCVSyE, Notificación de EISP y Participación Social.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Cumplir con el envío semanal de canalización a los diferentes programas, servicios y programas transversales según la necesidad identificada en los usuarios objetos del programa.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en magnético</p>
9	<p>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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Cumplir con las actividades asignadas oportunamente según los lineamientos y/o directriz de la coordinación del programa ampliado de inmunizaciones y/o coordinación PIC cumpliendo con la congruencia, completitud, exactitud y calidad de cada uno de los productos.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en magnético</p>
10	<p>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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Desarrollar actividades según necesidad de la Subred, en cualquiera de los espacios o procesos transversales de acuerdo a los lineamientos del contrato PSPIC.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en magnético</p>

**V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

No. DE PLANILLA:	83972877	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	13/02/2025	\$ 178.000
PENSIÓN:	PROTECCION	13/02/2025	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	13/02/2025	\$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 440.500

**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 ningún 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

*Francy Bogota*

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: FRANCY MILENA BOGOTA ALVAREZ

CC: 53.049.776

CEL 3022614343



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E  
APOYO - GESTIÓN 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: 28/02/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	FRANCY MILENA BOGOTA ALVAREZ	CC:	53.049.776
CORREO ELECTRÓNICO:	<a href="mailto:milinfra24@hotmail.com">milinfra24@hotmail.com</a>	RUT (NIT):	53049776-1
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 1 C 43 06 SUR	TELÉFONO:	3022614343
		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	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	004370814214
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					

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

N° DEL CONTRATO:	PS 3771 2025	N° CDP:	5	N° RP:	5487	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:	\$ 14.762.688
--------------------------	------------	--------------------------------	------------	--	---------------

PERIODO OBJETO DE COBRO: DEL 01/02/2025 AL 28/02/2025

VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)

\$ 2.460.448

DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS

*Francy Bogota*

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: FRANCY MILENA BOGOTA ALVAREZ

CC: 53.049.776  
CEL: 3022614343



**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** FRANCY MILENA BOGOTA ALVAREZ

**NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD** 53.049.776

**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.

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	PS 3771 2025	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	01/01/2025		
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 14.762.688				
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 14.762.688		<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 2.460.448	
<b>Nº PAGO / Nº DE INFORME:</b>	2 de 2	<b>Nº CRP INICIAL:</b>	5487	<b>Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO</b>	5
<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	SEIS MESES				
<b>Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:</b>	83972877	<b>OPERADOR:</b>	MI PLANILLA		
<b>PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:</b>	GSP PSPIC - MACRO, MESO Y MICRO				
<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO				
<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30				

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

<b>Nº DE MODIFICACIÓN:</b>	0	<b>TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):</b>				<b>ADICIÓN (0)</b>	<b>PRÓRROGA (0)</b>
<b>VALOR ADICIONADO</b>		<b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>		<b>RP DE LA ADICIÓN:</b>		<b>TIEMPO PRORROGADO:</b>	
<b>VALOR ADICIONADO</b>		<b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>		<b>RP DE LA ADICIÓN:</b>		<b>TIEMPO PRORROGADO:</b>	
<b>VALOR ADICIONADO</b>		<b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>		<b>RP DE LA ADICIÓN:</b>		<b>TIEMPO PRORROGADO:</b>	
<b>VALOR ADICIONADO</b>		<b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>		<b>RP DE LA ADICIÓN:</b>		<b>TIEMPO PRORROGADO:</b>	
<b>VALOR ADICIONADO</b>		<b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>		<b>RP DE LA ADICIÓN:</b>		<b>TIEMPO PRORROGADO:</b>	
<b>VALOR ADICIONADO</b>		<b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>		<b>RP DE LA ADICIÓN:</b>		<b>TIEMPO PRORROGADO:</b>	
<b>VALOR ADICIONADO</b>		<b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>		<b>RP DE LA ADICIÓN:</b>		<b>TIEMPO PRORROGADO:</b>	
<b>VALOR ADICIONADO</b>		<b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>		<b>RP DE LA ADICIÓN:</b>		<b>TIEMPO PRORROGADO:</b>	
<b>VALOR ADICIONADO</b>		<b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>		<b>RP DE LA ADICIÓN:</b>		<b>TIEMPO PRORROGADO:</b>	
<b>VALOR ADICIONADO</b>		<b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>		<b>RP DE LA ADICIÓN:</b>		<b>TIEMPO PRORROGADO:</b>	
<b>VALOR ADICIONADO</b>		<b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>		<b>RP DE LA ADICIÓN:</b>		<b>TIEMPO PRORROGADO:</b>	
<b>VALOR ADICIONADO</b>		<b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>		<b>RP DE LA ADICIÓN:</b>		<b>TIEMPO PRORROGADO:</b>	

**III. POLIZAS (SI APLICA)**

<b>Nº DE PÓLIZA:</b>	N/A	<b>NOMBRE DE LA ASEGURADORA:</b>	N/A
----------------------	-----	----------------------------------	-----

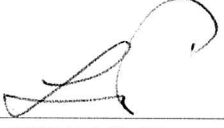
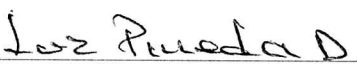
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	N/A
--------------------	-----	------------------------------------	-----

**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 01/02/2025 al 28/02/2025

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: LUZ CONSUELO PINEDA DUEÑEZ PERFIL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE GESTION

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	53049776	FRANCY MILENA BOGOTA ALVAREZ		CARRERA1 C # 43 -06 SUR SAN MARTIN	6154656	MILINFRA24@HOTMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - 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	
2025-01	2025-01	I	13/02/2025	83972877	\$440.500	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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	227.800	0	0	0	0	0	0	0	227.800	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	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>440.500</b>	<b>440.500</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	53049776	FRANCY MILENA BOGOTA ALVAREZ		CARRERA 1 C # 43 -06 SUR SAN MARTIN	6154856	MILINFRA24@HOTMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	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	
2025-01	2025-01	I	13/02/2025	83972877	\$440.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																		
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres		Ciudad	Subtipo	Exclusivo	Colaborador	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TDP	TDP	VET	SLN	SLN	IRE	IRE	LMA	VAC	AVP	VET	IBL	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	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporta CCF	IBC otros parafiscales	Aporta SENA	Aporta ICBF	Aporta ESAP	Aporta MEN
1	CC	53049776	BOGOTA ALVAREZ FRANCY MILENA		59	0		N																			230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0

**Pago PSE**

Resultado de su transacción

**Código único CUS**

1263543801

**Destino de pago**

COMPENSAR-OI

**Motivo**

MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

**Fecha**

13/02/2025

**Número de aprobación**

00543801

**Dirección IP**

191.156.44.78

**Valor transacción**

\$ 440.500,00

**Costo de la transacción**

\$ 0,00 IVA incluido

**Referencia 1**

**Referencia 2**

CC

**Referencia 3**

53049776