 <div>Ministerio de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>	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						
ANGELA MARCELA RINCON BAQUERO						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				1.018.446.218		
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 3607 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
					02/01/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 27.678.384		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	SEIS (6) MESES	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 27.678.384		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 4.613.064
Nº DE INFORME:		3		Nº CRP:	7393	Nº CDP: 5
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		SEIS MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			2LV HOSPITAL LA VICTORIA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			LORENZA BECERRA CAMARGO DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05			
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:
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	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: Actas de gestión de las actividades a desarrollar con respecto a los lineamientos de Salud Sexual y Reproductiva y Salud Materno Infantil. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Medio Magnético.					
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Cronograma de actividades a desarrollar proyectado para el mes. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Medio Magnético.					
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: Actas de gestión de las actividades a desarrollar con respecto a los lineamientos de Salud Sexual y Reproductiva y Salud Materno Infantil. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Medio Magnético.					

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: N/A 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): N/A
5	1. OBLIGACIÓN: Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad de datos (integridad, oportunidad, consistencias, exactitud) desde su perfil profesional y experiencia en programas y planes de salud pública y conforme a los lineamientos técnicos de los entornos y procesos transversales del convenio Interadministrativo PSPIC. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Actas de gestión de las actividades a desarrollar con respecto a los lineamientos de Salud Sexual y Reproductiva y Salud Materno Infantil. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Medio Magnético.
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: Lectura de lineamientos y soportes técnicos propios al desarrollo de las actividades. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Medio Magnético.
7	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: Realizar asistencias técnicas a las IPS y a los entornos sobre los diferentes temas en SSR, relacionadas a las acciones desarrolladas por cada uno de estos conforme a los lineamientos y necesidades referidas. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Medio Magnético.
8	1. OBLIGACIÓN: Gestionar los espacios comunitarios e institucionales que se requieran, para el desarrollo de las acciones de los Entornos y/o Procesos Transversales del PSPIC. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Actas de articulación con los entornos y/o procesos transversales en el marco de las acciones a ejecutar desde el producto de salud sexual y reproductiva y materno infantil. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Medio Magnético.
9	1. OBLIGACIÓN: Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Reuniones de gestión en población materna con eventos en interés en salud pública. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Medio Magnético.
10	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Carpeta con archivos de documentación de actividades realizadas. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Medio Magnético.
11	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. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Actas de gestión de las actividades a desarrollar con respecto a los lineamientos de Salud Sexual y Reproductiva y Salud Materno Infantil. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Medio Magnético.
12	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: Soportes documentales de las acciones realizadas. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Medio Magnético.
13	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: Soportes documentales de las acciones realizadas. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Medio Magnético.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	84184935	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	06/03/2025	\$ 235.600
PENSIÓN:	COLPENSIONES	06/03/2025	\$ 301.600
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	06/03/2025	\$ 46.000
OTRO	CCF COMPENSAR	06/03/2025	\$ 11.400
TOTAL PAGADO			\$ 594.600

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 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 periodo correspondiente

Angela H. Rincón B

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ANGELA MARCELA RINCON BAQUERO
CC: 1.018.446.218
CEL 3244883620

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/03/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	ANGELA MARCELA RINCON BAQUERO	CC:	1.018.446.218
CORREO ELECTRÓNICO:	infanciacentrooriente2022@gmail.com	RUT (NIT):	1018446218-1
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TV 4 43 39 AP 902	TELÉFONO:	3244883620
		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 DESPLIEGABLE)		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	457070133378

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

Nº DEL CONTRATO:	PS 3607 2025	Nº CDP:	5	Nº. RP:	7393	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SEIS MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	02/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/06/2025			TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 27.678.384
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/03/2025 AL 31/03/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 4.613.064					
	CUATRO MILLONES SEISCIENTOS TRECE MIL SESENTA Y CUATRO PESOS					

Angela H. Rincón B

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ANGELA MARCELA RINCON BAQUERO

CC: 1.018.446.218

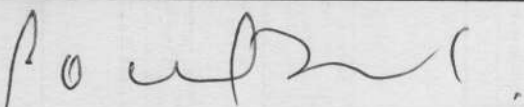
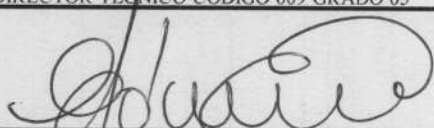
CEL: 3244883620

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y							
NOMBRE DEL CONTRATISTA				ANGELA MARCELA RINCON BAQUERO			
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD				1.018.446.218			
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 3607 2025		FECHA INICIO CONTRATO		02/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO			\$ 27.678.384				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 27.678.384			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 4.613.064
N° PAGO / N° DE INFORME:		3 de 3		N° CRP INICIAL:	7393	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	5
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		SEIS MESES					
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:			84184935		OPERADOR:		MI PLANILLA
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:			GSP PSPIC - INSTITUCIONAL				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			2LV HOSPITAL LA VICTORIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			LORENZA BECERRA CAMARGO DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° DE MODIFICACIÓN:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICIÓN (0)	PRÓRROGA (0)
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)							
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							

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 01/03/2025 al 31/03/2025

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	
	NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: LORENZA BECERRA CAMARGO
	PERFIL: DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05
	 NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ PERFIL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE GESTION

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1019446218	ANGELA MARCELA RINCON BAQUERO		Transversal 4 # 43-39 Edificio Bemina Apto 200	3244883620	ANGELAM1501@HOTMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-02	2025-02	I	06/03/2025	84184935	\$594.600

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	235.600	0		0		0	0	0	0	235.600	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	301.600	0	0	0	0	0	0		301.600	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
				No. Autorización	Valor								
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	46.000				46.000	0	0	46.000			460

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre			NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte
CCF24	Compensar Caja			860066942-7	11.400	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	235.600	235.600
Pensión	1	301.600	301.600
Riesgos Laborales	1	46.000	46.000
CCF	1	11.400	11.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	594.600	594.600

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 2 de 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1018446218	ANGELA MARCELA RINCON BAQUERO		Transversal 4 # 43-39 Edificio Bernina Apto 200A	3244883620	ANGELAM1501@HOTMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – 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
2025-02	2025-02	I	06/03/2025	84184935	\$594.600

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN						SALUD		RIESGOS LABORALES		CCF		PARAFISCALES																	
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Beneficiario	Excedente	Complemento	Excedente	Complemento	RET	TSE	TAE	TAP	VAP	VST	SLA	SLB	LSA	LSB	VAC	AVP	VCT	ML	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	1018446218	RINCON BAQUERO ANGELA MARCELA	59	0	N																			25-14	1.884.440	301.600	0	0	0	0	0	EP5005	1.884.440	235.600	14-23	1.884.440	3	46.000	CCF24	1.884.440	11.400	0	0	0	0	0

PAGADA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS

1315437505

Destino de pago

COMPENSAR-OI

Motivo

MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha

05/03/2025

Número de aprobación

00437505

Dirección IP

186.28.96.135

Valor transacción

\$ 594.600,00

Costo de la transacción

\$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1

Referencia 2

CC

Referencia 3

1018446218