

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

DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

53,159,949

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN ENFERMERIA ESPECIALIZADO 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 3724 2025

FECHA INICIO CONTRATO

01/01/2025

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$ 31,369,056

PLAZO
INICIAL DEL
CONTRATO

SEIS (6) MESES

VALOR TOTAL DEL CONTRATO
INCLUIDO ADICIONES:

\$ 32,382,277

VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A
CERTIFICAR:

\$ 5,396,904

Nº DE INFORME:

6

Nº CRP:

5458

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:	1	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	1	PRORROGAS	0
VALOR ADICIONADO	\$ 1,013,221	CDP DE LA ADICIÓN:	1147	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 PERÍODO, 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. Seguimiento al plan de acción por las localidades asignadas (Rafael Uribe Uribe, Santa Fe, Martires) . 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en Magnético
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Entregar el cronograma mensual de las actividades a desarrollar según lineamiento. Se realiza entrega de cronograma proyectado mensual y actualización diaria si así se requiere. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en 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: Realizar las actividades programadas en el cronograma mensual y realizar el seguimiento pertinente 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
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: apoyar las actividades según el objeto de 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. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en Magnético

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 conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar las actividades, productos programados y asignados con la calidad de datos (integridad, oportunidad, consistencias, exactitud) desde mi perfil profesional y conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre el FDS y la Subred. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en 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: Leer y realizar apropiación conceptual según el Manual técnico Administrativo del PAI, las circulares y lineamientos vigentes del PAI. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en 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 desde mi perfil a 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. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en Magnético
8	1. OBLIGACIÓN: Elaborar y presentar dentro de los plazos establecidos los informes y la información requerida con la calidad de datos (integridad, oportunidad, consistencias, exactitud) y conforme 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: realizar y entregar oportunamente y con calidad informes y la información requerida con la calidad de datos (integridad, oportunidad, consistencias, exactitud) y conforme las actividades, metas y productos establecidos en los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en Magnético
9	1. OBLIGACIÓN: Orientar técnica y operativamente las actividades que adelante el equipo de la línea de intervención, subsistema, proyecto y/o estrategia del proceso transversal o entorno asignado, de acuerdo a su perfil profesional para el cumplimiento de los productos, actividades y/o metas establecidos en los lineamientos técnicos del convenio Interadministrativo PSPIC. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar la planeación de jornadas de vacunación, articulaciones intra- extrasectoriales y visitas de asistencias técnicas para gestionar los acercamientos comunitarios e institucionales. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en Magnético
10	1. OBLIGACIÓN: Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: realizar notificaciones según se requiera de eventos de interés en salud pública de acuerdo a las actividades desarrolladas 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en Magnético
11	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Responder por los archivos documentales generados por las actividades según lineamiento. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en Magnético
12	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, ACCVSyl, Notificación de EISP y Participación Social. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Desarrollar actividades en los diferentes espacios o procesos transversales de acuerdo a los lineamientos del contrato PSPIC y necesidades de la Subred. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en Magnético
13	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: cumplimiento de obligaciones contractuales y de acuerdo a los hallazgos que identifique el equipo de seguimiento y/o interventoría del FFDS_SDS al Convenio Interadministrativo PSPIC. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en Magnético
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: Desarrollar actividades en cualquiera de los espacios o procesos transversales de acuerdo a los lineamientos del contrato PSPIC y necesidades de la Subred. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en Magnético

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	85750300	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	10/04/2025	\$ 356,600
PENSIÓN:	COLFONDOS	10/04/2025	\$ 456,500
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	10/04/2025	\$ 69,500
OTRO	CCF CAFAM	10/04/2025	\$ 17,200
TOTAL PAGADO			\$ 899,800

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.

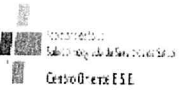
VII. ANEXOS

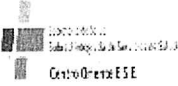
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

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

Diana Beltrán A

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE
CC: 53.159.949
CEL 3115753171

		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: 30/04/2025						
NOMBRES Y APELLIDOS:	DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE		CC:	53,159,949		
CORREO ELECTRÓNICO:	liderpaicentro@gmail.com		RUT (NIT):	53159949-0		
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 90 BIS 76 51 AGP 2 IN 36 AP 502		TELÉFONO:	3115753171		
			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:	0550007700696292	
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 3724 2025	N° CDP:	5 - 1147	N°. RP:	5458	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: \$ 32,382,277
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/04/2025 AL 30/04/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 5,396,904					
	CINCO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CUATRO PESOS					
<div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE</div> <div>CC: 53,159,949</div> <div>CEL: 3115753171</div>						

		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				DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE							
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD				53,159,949							
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN ENFERMERIA ESPECIALIZADO 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 3724 2025		FECHA INICIO CONTRATO		01/01/2025				
VALOR INICIAL DEL CONTRATO			\$ 31,369,056								
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 32,382,277			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 5,396,904				
N° PAGO / N° DE INFORME:		6 de 6		N° CRP INICIAL:		5458		N° CDP INICIAL DEL CONTRATO 5			
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		SEIS MESES									
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:			85750300		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:		1		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):			ADICIÓN (1)		PRÓRROGA (0)		
VALOR ADICIONADO		\$ 1,013,221		CDP DE LA ADICIÓN:		1147		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 01/04/2025 al 30/04/2025

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:

LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA

PERFIL:

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	53159949	DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE		CARRERA 90 BIS NO 76 51 APTO 502 INT 36	4373248	CAROLINABELTRAN600@GMAIL.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
2025-03	2025-03	I	10/04/2025	85750300	\$899,800

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	356.600	0		0		0	0	0		356.600	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	456.500	0	0	0	0	0	0		456.500	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. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	69,500				69.500	0	0	69,500			695	69,500	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	17.200	0	0	17.200	1

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	356.600	356.600
Pensión	1	456.500	456.500
Riesgos Laborales	1	69.500	69.500
CCF	1	17.200	17.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	899.800	899.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	53159949	DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE		CARRERA 90 BIS NO 76 51 APTO 502 INT 36	4373248	CAROLINABELTRAN600@GMAIL.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
2025-03	2025-03	I	10/04/2025	85750300	\$899.800

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES											
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud	Extranjero	RET	TRE	TAE	TUP	TAP	VAP	VIT	SIA	IVA	IVA	IVA	VAP	VIT	IVA	IVA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	53159949	BELTRAN AGUIRRE DIANA CAROLINA	59	0	N																25-14	2.852.800	456.500	0	0	0	0	EPS008	2.852.800	356.600	14-7	2.852.800	3	69.500	CCF24	2.852.800	17.200	0	0	0	0	0

PAGADA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS

1401380493

Destino de pago

COMPENSAR-OI ✓

Motivo

MiPlanilla.com Pago Proteccion Social ✓

Fecha

10/04/2025 ✓

Número de aprobación

00380493

Dirección IP

191.156.40.111

Valor transacción

\$ 899.800,00 ✓

Costo de la transacción

\$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1**Referencia 2**

CC

Referencia 3

53159949 ✓