| | | |
|---|---|---|
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E<br>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN<br>FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN | CÓDIGO: AP-IA-FT-077<br>VERSIÓN: 2<br>FECHA: 2024-09-16 |

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

**MARIA ISABEL TORRIJOS CADENA**

| | |
|---|---|
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: | 51,593,817 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN TRABAJO SOCIAL 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 3315 2025 | | FECHA INICIO CONTRATO | | 01/01/2025 |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | $ 23,988,816 | PLAZO INICIAL DEL CONTRATO | SEIS (6) MESES | | |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | $ 24,763,655 | | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | | $ 4,127,120 |
| Nº DE INFORME: | 7 | Nº CRP: | 5135 | Nº CDP: | 5 |
| PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS | SEIS MESES | | | | |

| | |
|---|---|
| UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | 6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA<br>PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30 |

## II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO: | 1 | TIPO DE MODIFICACIÓN | ADICIONES | 1 | PRORROGAS | | 0 |
| VALOR ADICIONADO | $ 774,839 | CDP DE LA ADICIÓN: | 1147 | CRP DE LA ADICIÓN: | 13811 | 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 |

## 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: 1. 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.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Intervenciones relacionadas con las políticas públicas de Mujer y Equidad De Género y Política Pública para la Garantía Plena de Derechos de las Personas LGBTI en la localidad Antonio Nariño. Participación en espacios formales como: Unidad Técnica administrativa para la población LGBTI, Comité Operativo Local para las Mujeres y Equidad de Género, Mesa preparatoria para el Consejo Local de Seguridad para las Mujeres, Mesa de Seguimiento Al Plan Local de Seguridad para Las Mujeres, Mesa Técnica Consejo Local De Seguridad para Las Mujeres, Gestión de Casos Intersectorial<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 1 - Acta UTA LGBTI Antonio Nariño , junio del 2025<br>2- Acta COLMYEG Antonio Nariño. junio del 2025<br>3- Acta Mesa Manzana del Cuidado,junio del 2025<br>4- Mesa de Seguimiento Al Plan Local de Seguridad para Las Mujeres junio del 2025 |
| 2 | 1. OBLIGACIÓN: 2. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Presentación de cronograma correspondiente a la implementación de las acciones desarrolladas como delegada de las políticas públicas de Mujer y Equidad de género y Política Pública para la Garantía Plena de Derechos de las Personas LGBTI del mes de febrero del 2025 personal y de actividades intersectoriales<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Diligenciamiento y entrega de cronogramas mes de junio del año 2025<br>a - Actividades intersectoriales<br>b - Actividades profesionales |
| 3 | 1. OBLIGACIÓN: 3. 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.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Diligenciamiento de matrices de seguimiento de las políticas públicas de Mujer y Equidad de Género, Política Pública para la Garantía Plena de Derechos de las Personas LGBTI mes de mayo y del documento para el SEGPLAN mes de mayo del 2025<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Diligencionamiento de matrices de seguimiento y documento SEGPLAN en fechas establecidas por la SDS |

| | |
|---|---|
| 4 | 1. OBLIGACIÓN: 4. 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.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar la planeación y ejecución de actividades conforme a cronogramas elaborados con base en lineamiento y directrices brindadas desde SDS. Presentar preauditoria mensual (elaboración de formato pre- auditoria) y participar en el seguimiento realizado por de líder territorial, en el mes de junio del 2025<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas de soportes de ejecucion de actividades correspondientes al mes de junio del 2025 |
| 5 | 1. ÒBLIGACIÓN: 5. Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad del dato requerida (oportunidad, consistencia, 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.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Ejecución de actividades programadas en aras de dar cumplimiento con lineamientos, objetivos, metas según indicaciones de FDS y la de la Subred Centro Oriente de Salud acordes con las políticas públicas Mujer y Equidad De Género y Política Pública para la Garantía Plena de Derechos de las Personas LGBTI asignadas .<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Diligencionamiento de matrices de seguimiento a políticas asignadas correspondientes al mes de junio del 2025 |
| 6 | 1. OBLIGACIÓN: 6. Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Documento de consulta permanente<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acorde a las necesidades presentadas y evolución de las políticas asignadas |
| 7 | 1. OBLIGACIÓN: 7. Realizar revisión y responder por los formatos de captura, documentos, bases o informes generados como resultado de las acciones o intervenciones realizadas de acuerdo a los lineamientos técnicos de los entornos y procesos transversales del convenio Interadministrativo PSPIC.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS:<br>Elaboración documental respuesta a solicitudes .Diligenciamiento de la información del SEGPLAN para el proyecto de inversión correspondiente, diligenciamiento de matriz poblacional correspondiente a las políticas a cargo<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 1- Aporte a respuesta solicitud de la IAS<br>2- Matrices diligenciadas según tiempos asignados |
| 8 | 1. ÒBLIGACIÓN: 8. Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Informar de forma oportuna sobre el conocimiento de eventos o casos eventos en salud publica detectados. A través de la elaboración y entrega de los formatos correspondientes<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): En el mes de junio del 2025 no se presentaron casos |
| 9 | 1. OBLIGACIÓN: 9. Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Dando cumplimiento con directrices impartidas se realizó la organizaron de los documentos soportes de gestión realizada en el mes de junio del 2025<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Se realizo la organizacion documental pertinente |
| 10 | 1. OBLIGACIÓN: 10. Dar cumplimiento a las actividades de los procesos TRANSVERSALES del PSPIC, de acuerdo a su competencia:CANALIZACIONES, PAI, Educación para la Salud Publica, GESI, ACCVSyE, Notificación de EISP y Participación Social.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se levantan los correspondientes soportes de las canalizaciones entregadas para su gestión y de las respuestas a los seguimientos y pertinencias enviados en el mes de junio del 2025<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Pantallazos de actividades realizadas en el mes de junio del 2025 |
| 11 | 1. OBLIGACIÓN: 11. 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.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Cumplimento con la obligación según la pertinencia de la misma.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): En el mes a reportar no se presentaron situaciones que generen tal requerimiento. |
| 12 | 1. OBLIGACIÓN: 12. 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.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Dar cumplimiento con asignacion de otras actividades en la localidad Antonio Nariño<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Aportar soportes de actividades realizadas |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | 87214569 | **OPERADOR:** | MI PLANILLA |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | SALUD TOTAL | 09/06/2025 | $ 206,400 |
| PENSIÓN: | NO APLICA | | |
| RIESGOS LABORALES: | BOLIVAR | 09/06/2025 | $ 40,300 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 246,700 |

**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

María Isabel Torrijos C

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MARIA ISABEL TORRIJOS CADENA**
**CC: 51.593.817**
**CEL 3108773507**

**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: 30/06/2025**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | MARIA ISABEL TORRIJOS CADENA | **CC:** | 51,593,817 |
| | | **RUT (NIT):** | 51593817-1 |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | martorrc@gmail.com | **TELÉFONO:** | 3108773507 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | KR 26 7 38 | **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 | **Nº CUENTA:** | 009300189249 |

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

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº DEL CONTRATO:** | PS 3315 2025- | **Nº CDP:** | 5 -1147 | **Nº. RP:** | 5135 - 13811 | 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: $ 24,763,655 |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | DEL 01/06/2025 AL 30/06/2025 | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)** | $ 4,127,120 | | | | | |
| | CUATRO MILLONES CIENTO VEINTISIETE MIL CIENTO VEINTE PESOS | | | | | |

MARIA ISABEL TORRIJOS C.

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MARIA ISABEL TORRIJOS CADENA**
**CC: 51,593,817**
**CEL: 3108773507**

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

| CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y | |
|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA | MARIA ISABEL TORRIJOS CADENA |
| NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 51,593,817 |

**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

| | |
|---|---|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN TRABAJO SOCIAL 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 3315 2025 | | | FECHA INICIO CONTRATO | 01/01/2025 |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | $ 23,988,816 | | | | |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | $ 24,763,655 | | | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | $ 4,127,120 |
| N° PAGO / N° DE INFORME: | 7 de 7 | N° CRP INICIAL: | 5135 | N° CDP INICIAL DEL CONTRATO | 5 |
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS | SEIS MESES | | | | |
| N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL: | 87214569 | | | OPERADOR: | MI PLANILLA |
| PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES: | GSP PSPIC - ANALISIS | | | | |
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | 6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO | | | | |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA<br>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 | $ 774,839 | CDP DE LA ADICIÓN: | 1147 | RP DE LA ADICIÓN: | 13811 | 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 01/06/2025 al 30/06/2025

| | |
|---|---|
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:** | NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:<br>LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA<br>PERFIL:<br>PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30 |
| | NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:<br>MAYRA MILENA JARAMILLO QUIROZ<br>PERFIL:<br>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 | 51593817 | MARIA ISABEL TORRIJOS CADENA | CARRERA 26 # 7 38 PISO 3 | 3047461 | martorro@hotmail.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 | |
| 2025-05 | 2025-05 | I | 09/06/2025 | 87214569 | $247.200 | |

## 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 | | | | | |
| EPS002 | Salud Total EPS | 800130907-4 | 206.400 | 0 | | 0 | | 0 | 3 | 400 | 0 | 206.800 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**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 | 40.300 | | | | 40.300 | 3 | 100 | 40.400 | | | 403 | 40.400 | 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 | 3 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 3 | 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 | 206.400 | 206.800 |
| Pensión | 0 | 0 | 0 |
| Riesgos Laborales | 1 | 40.300 | 40.400 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 2 | 246.700 | 247.200 |

PAGADA

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 | 51593817 | MARIA ISABEL TORRIJOS CADENA | CARRERA 26 # 7 38 PISO 3 | 3047461 | martorrc@hotmail.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 | |
| 2025-05 | 2025-05 | I | 09/06/2025 | 87214569 | $247.200 | |

## 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 | Exonerado | ING | 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 | Aporta ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 51593817 | TORRIJOS CADENA MARIA ISABEL | 59 | 4 | | | N | | | | | | | X | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS002 | 1.651.200 | 206.400 | 14-7 | 1.651.200 | 3 | 40.300 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

DAVIVIENDA

## Pago PSE

### Resultado de su transacción

**Código único CUS**
1537534956

**Destino de pago**
COMPENSAR-OI

**Motivo**
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

**Fecha**
07/06/2025

**Número de aprobación**
00534956

**Dirección IP**
186.84.89.46

**Valor transacción**
$ 247.200,00

**Costo de la transacción**
$ 0,00 IVA incluido

| Referencia 1 | Referencia 2 | Referencia 3 |
|---|---|---|
| | CC | 51593817 |

VIGILADO Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017.

**Protección**
Pensiones y Cesantías

Bogotá, 26 de abril de 2018

Señor(a):
TORRIJOS CADENA MARIA ISABEL
CR 26 7 38 PISO 3 BR
RICAURTE- 3108773507
BOGOTA-CUNDINAMARCA

19,418,052 **PEN SOB RP**

Reciba un cordial saludo,

En atención a la solicitud pensional radicada por usted(es), Protección se permite informar(les) que se decidió reconocer la pensión de sobrevivencia requerida, por el fallecimiento de FERNANDO FRANCISCO PUENTES HERRERA identificado(a) con cédula de ciudadanía 19,418,052, fallecido(a) el 06 de Octubre 2017. Lo anterior, por cuanto se logró establecer a partir del análisis realizado, que se cumplen con los requisitos establecidos en el artículo 13 la Ley 797 de 2003. (Ver Anexo 2 – Regulación Legal).

Por cumplir con los requisitos establecidos en los artículos 12 de la ley 797 de 2003, el reconocimiento de la pensión de sobrevivencia se da a favor de:

| BENEFICIARIOS | PARENTESCO | PORCENTAJE DE PENSIÓN |
|---|---|---|
| **TORRIJOS CADENA MARIA ISABEL** | ESPOSO/A | 100.00 |

El detalle de la prestación reconocida es:

| | | |
|---|---|---|
| Valor Mesada Pensional | $781,242.00 * | «No_Mesadas» mesadas por año |
| **Valor Retroactivo** | **$5,952,883.00** ** | Desde **06 de Octubre 2017**– Hasta **30 de Abril 2018** |

**Del valor de la mesada pensional se descontará el 12% correspondiente a la cotización para la Entidad Promotora de Salud escogida por el beneficiario.*

Protección
Pensiones y Cesantías

un diario de amplia circulación nacional, y a la fecha no se han presentado otros beneficiarios con posible derecho a reclamar, se reconoce el 100% de la pensión a los beneficiarios antes determinados. En caso de que se presente con posterioridad a esta notificación otros posibles beneficiarios, se redistribuirá el valor de la mesada en los porcentajes que corresponda, reconocimiento que se hará a partir del momento de la respectiva notificación y no en forma retroactiva. La parte que les corresponda del retroactivo debe ser reclamado a los beneficiarios iniciales.

Por condiciones particulares de su caso, la modalidad de pensión que se ajusta es Retiro Programado, para ampliar la información usted puede encontrar las definiciones y características de las modalidades en **el anexo 2 Regulación Legal** adjunto a este comunicado.

Agradecemos la confianza depositada en nosotros durante estos años y le reiteramos nuestro deseo de seguir acompañándolo.

Cordialmente,

MARIA CLAUDIA ORDOÑEZ CEBALLOS
DIRECTOR DE ENTREGA DE SERVICIO