	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					
JHONATAN STEVEN MARTINEZ GOMEZ					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.023.025.546		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO ADMINISTRATIVO 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 4304 2025		**FECHA INICIO CONTRATO**		22/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 13.204.404	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	CINCO (5) MESES Y ONCE (11) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 13.630.906		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 2.539.752
Nº DE INFORME:	7	**Nº CRP:**	10014	**Nº CDP:**	121
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	CINCO MESES Y ONCE 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:	1	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	1	**PRORROGAS**	0	
VALOR ADICIONADO	$ 426.502	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1147	**CRP DE LA ADICIÓN:**	14610	**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

ITEM	**IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO** **(Deben ser coherentes con las actividades especificas 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 segun convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Desarrollar acciones en el entorno cuidador Laboral de acuerdo a los lineamientos establecidos por la secretaria de salud y cumplir. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Entrega de soportes en fisico y magnetico al supervisor del contrato
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar el ajuste de cronograma mensual de las actividades asignadas en el entorno cuidador Laboral. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Entregar el cronograma magnetico al Drive: https://docs.google.com/spreadsheets/d/1cEjnF24js9ZyE8mt5XDsdq3A51(c1BEo/edit?usp=sharing&ouid=110670099296246416045&rtpof=true&sd=true

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: 1) Realizar la recepción y entrega de los insumos de EPP, físicos, biomédicos y celulares. 2) Recibir y verificar las cuentas de cobro del mes correspondiente para la certificación en el aplicativo. 3) Entregar el informe mensual de los productos al supervisor del contrato. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas de entrega de insumos en físico y magnético se envió al correo espaciotrabajosubredco2@gmail.com
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: Escancar las cuentas ya firmadas del entorno Laboral, seguimiento de las adiciones en el SECOP, certificar los pagos del entorno laboral, cargue de horas y/o documentos en el aplicativo de SDS y otras actividades que se asignen en el entorno cuidador Laboral de la mejor forma posible que no afecte directamente e indirecta en los proceso. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): cargue de cuentas escaneadas al correo:escanercuentaspspic@gmail.com, cargar la documentación y horas de los diferentes productos en aplicativo de SDS, aplicativo de pagos módulo de contratación se realiza el descargue desde los aplicativos en Excel
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: Lectura y seguimiento de lineamientos, caja de herramientas y ficha técnica, acorde a la vigencia actual. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Listado de acta
6	1. OBLIGACIÓN: Realizar la revisión (precrítica) a los formatos y/o fichas de captura establecidos en los anexos y documentos establecidos de acuerdo a los lineamientos técnicos de los entornos y procesos transversales del convenio Interadministrativo PSPIC Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: 1) Levar acabo la pre critica de los soportes entregados por los profesionales, en cumplimiento al lineamiento y acuerdos establecidos; y el direccionamiento del equipo de la gestión del entorno, principalmente por los que son devueltos por tachones / enmendaduras y Aportar en el proceso de entrega y recepción, seguimiento, seguimiento de formatos entregados y recibidos tanto de GESI como de perfiles que por devoluciones debe retornar las fichas a GESI, con la revisión de espacios vacíos de acuerdo con recomendaciones de permitidos y no permitidos. 2) Hacer la jornada de documentación mensual con el equipo del entorno laboral. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 1) Se hacen actas en la precrítica de los soportes entregados parte del profesional y alimentar la herramienta en DRIVE del ingreso de las fichas. 2) Se hace acta e informe que se entrega al referente en los productos mensuales. 3) Soporte físico y digital al correo del referente: espaciotrabajosubredco2@gmail.com
7	1. OBLIGACIÓN: Realizar depuración, administración y/o consolidación de las bases de datos, documentos y/o informes generados por las acciones o intervenciones de los entornos y procesos transversales, garantizando la calidad, oportunidad, integridad, consistencias y veracidad. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: 1) Apoyo logístico para los procesos administrativos que se requiera desde el entorno. Tales como: recepción, revisión, devolución y entrega de soportes de certificación para las cuentas de cobro, reporte de las horas laboradas y valores certificados para posterior registro en el aplicativo de talento humano de la SDS, activación/creación de consecutivos, programación/distribución de carros, consolidado de cronogramas de actividades y su actualización, cargue del registro fotográfico, entre otros. 2) Diligenciar la planilla de pagos con los soportes físicos entregados por los colaboradores, digitar la información en el aplicativo de talento humano. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soporte digital al correo: apoyoadministrativopic©subredcentrooriente.gov.co y con copia al correo del referente espaciotrabajosubredco2@gmail.com
8	1. OBLIGACIÓN: 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. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Verificar diariamente la base de canalizaciones y realizar el seguimiento. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soporte correo: espaciotrabajosubredco2@gmail.com
9	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: Realizar y tener los soportes para la auditoria al 100%. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Entrega de soportes en forma física y magnética al correo: espaciotrabajosubredco2@gmail.com, del referente
10	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: Realizar las actividades de apoyo administrativo de acuerdo a las tareas asignadas por el supervisor del contrato y cumplirlas al 100%, oportunamente, con calidad y responsabilidad, Estar dispuesto y capacitado para el desarrollo de cualquier actividad que se realice en los diferentes entornos de la sub red. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Entrega de informe mensual de los productos asignados por el supervisor del contrato en forma física y magnética al correo: espaciotrabajosubredco2@gmail.com

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	86944452	**OPERADOR:**	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	FAMISANAR	11/06/2025	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	11/06/2025	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	11/06/2025	$ 34.700
OTRO	CCF COMPENSAR	11/06/2025	$ 28.500
	TOTAL PAGADO		**$ 469.000**

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 periodo correspondiente

Jhonatan Martinez

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JHONATAN STEVEN MARTINEZ GOMEZ
CC: 1.023.025.546
CEL 3102397988

	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	JHONATAN STEVEN MARTINEZ GOMEZ
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.023.025.546

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO ADMINISTRATIVO 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 4304 2025		**FECHA INICIO CONTRATO**		22/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 13.204.404				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 13.630.906		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 2.539.752
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	7 de 7	**Nº CRP INICIAL:**	10014	**Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO**	121
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO MESES Y ONCE DIAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	86944452		**OPERADOR:**		MI PLANILLA
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GSP PSPIC - LABORAL				
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

Nº DE MODIFICACIÓN:	1	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICIÓN (1)	PRÓRROGA (0)
VALOR ADICIONADO	$ 426.502	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1147	**RP DE LA ADICIÓN:**	14610	**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

	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:	JHONATAN STEVEN MARTINEZ GOMEZ	**CC:**	1.023.025.546
		RUT (NIT):	1023025546-2
CORREO ELECTRÓNICO:	mjhonatansteven4@gmail.com	**TELÉFONO:**	3102397988
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 94 A SUR 14 C 06	**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:**	008000822737

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

Nº DEL CONTRATO:	PS 4304 2025	**Nº CDP:**	121 - 1147	**Nº. RP:**	10014 - 14610	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: CINCO MESES Y ONCE DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	22/01/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		30/06/2025		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 13.630.906
PERIODO OBJETO DE COBRO:		DEL	01/06/2025	AL	30/06/2025	
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 2.539.752					
	DOS MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS					

Jhonatan Martinez

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JHONATAN STEVEN MARTINEZ GOMEZ

CC: **1.023.025.546**

CEL: **3102397988**

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:
LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA
PERFIL:
PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN
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	1023025546	JHONATAN STEVEN MARTINEZ GOMEZ		Cl 94A SUR 14C 06	0000000	mjhonatansteven4@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	
2025-05	2025-05	I	11/06/2025	86944452	$469.000	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	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
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	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
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	28.500	0	0	28.500	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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	1	28.500	28.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	469.000	469.000

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	1023025546	JHONATAN STEVEN MARTINEZ GOMEZ	Cl 94A SUR 14C 06	0000000	mjhonatansteven4@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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	I	11/06/2025	86944452	$469.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colombiano Residente Exterior	Concepto	IRP	SUS	TDE	TDP	TAE	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	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1023025546	MARTINEZ GOMEZ JHONATAN STEVEN	59	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	3	34.700	CCF24	1.423.500	28.500	0	0	0	0	0

PAGADA

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

AV Villas

Tu pago en COMPENSAR-OI - MiPlanilla.com Pago Proteccion Social fue aprobado

No. de autorización

52527503

Valor	$469,000
Desde	Ahorros No. **** 0198
Hacia	Compensar-oi - Miplanilla.com Pago Proteccion Social - Pedido o Factura No. 86944452
Fecha	11/06/2025 Hora: 10:53 am
IP de origen	186.102.70.253

Si tienes dudas nos puedes contactar de la siguiente forma:

Línea nacional: +57 01 8000 51 8000