	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

NYDIA ROCIO VARGAS HERNANDEZ

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	45,622,922				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN PSICOLOGIA 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 3424 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
N° DE INFORME:	7	**N° CRP:**	5212	**N° 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

N° 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:**	13906	**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	
N° 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: Desarrollar actividades operativas en coherencia con lo establecido en los lineamientos del producto de los SPAcios de Bienestar para la poblacion LGBTI Y ASP como profesional en psicologia enfocadas en valoraciones individuales, docuemento de caracterizacion poblacional, educacion en salud, acompañamientos a jornadas en salud, canalizaciones, concertaciones y seguimientos individuales. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Cronograma , 5 Actas de concertación 30 fichas de SPA aplicadas durante el mes de marzo, 2 documentos que corresponde a la caracterización del mes de Junio de 2025 y Un documento con sugerencias para realizar educación en salud para el perfil de psicologia
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Elaboración y presentación del cronograma de actividades desarrolladas durante el mes Junio de 2025. para la implementación del producto 47 SPAcios de bienestar, sub estrategia LGBTIQ+ Y ASP. *Se realizó de forma oportuna los ajustes requeridos, teniendo en cuenta las dinámicas de la comunidad. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 1 Archivo en Excel con cronograma de actividades . *Imágenes de las actividades elaboradas semanalmente del mes Junio de 2025.
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: Desarrollar actividades operativas en coherencia con lo establecido en los lineamientos del producto de los SPAcios de Bienestar para la poblacion LGBTI Y ASP como profesional en psicologia enfocadas en valoraciones individuales, docuemento de caracterizacion poblacional, educacion en salud, canalizaciones, concertaciones y seguimientos individuales. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 30 Formatos de fichas Spacios de Bienestar, 5 actas de concertacion y 2 documentos de caracterizacion, formato de canalizaciones, drive y envió de correos electrónicos según corresponda para el perfil de psicologia.

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: Desarrollar actividades operativas en coherencia con lo establecido en los lineamientos del producto de los SPAcios de Bienestar para la poblacion LGBTI Y ASP como profesional en psicologia enfocadas en valoraciones, seguimientos individuales, ejecución de educacion en salud, activación de rutas, y acompañamiento a las actividades del centro de escucha LGBTI Y ASP. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos de SPAcios de Bienestar, actas de desarrollo, formatos de canalizaciones y formatos segun corresponda para el perfil de psicologia.
5	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 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: Se ejecutaron actividades correspondientes Estrategia de SPAcios de Bienestar, desde el perfil de Psicologia desarrollando las siguientes actividades durante el mes. *Actividades de identificación del riesgo y realización de ficha de caracterizacion y educacion en salud de estrategia de SPAcios de cuidado y la subestrategia LGBTIQ+ Y ASP *5 Concertaciones con diferentes actores, enfocadas en la apertura de espacios para la implementación de la estrategia. * 30 Evaluaciones del riesgo en el marco de la entrevista motivacional. *Implementación de la caracterizacion con el objetivo de identificar las dinamicas de la poblacion, asi mismo la intervencion en la educación en salud con los usuarios abordados durante el mes Junio de 2025. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 5 Actas de concertación con listado de firmas. *documento de caracterizacion de la poblacion. *Evidencia fotográfica de asistencia a las actividades del mes Junio de 2025. *documento de educacion en salud.
6	1. OBLIGACIÓN: Realizar apropiación conceptual desde su perfil de trabajo Social con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se participó en reunión de direccionamiento técnico liderada por el profesional de apoyo 04/06/2025, dónde se socializaron las acciones a ejecutar por cada estrategia de SPAcios de bienestar y las metodologias de intervención. * Se participó en la reunión de entorno liderada por la lider del entorno cuidador comunitario. *Se recibió información brindada por el profesional de apoyo via whatsapp y de forma personal, relacionada con acciones referentes al lineamiento. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): *Evidencia fotográfica y reportes de asistencia a las actividades del mes Junio de 2025.
7	1. OBLIGACIÓN: 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. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar las precriticas garantizando la calidad y pertinencia de todos los soportes generados en el proceso de los SPAcios de Bienestar con la poblacion LGBTI Y ASP como profesional en psicologia y salvaguárdalos y entregarlos a la persona asignada para ello en coherencia con los lineamientos PSPIC. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 30 Formatos de fichas SPAcios de Bienestar, 5 actas de concertacion y acta de entrega de soportes.
8	1. OBLIGACIÓN: Notificar los eventos de interes en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar la activación de rutas y notificación de los eventos en salud publica que se requieran en el momento de la intervención con las comunidades, familias y personas participantes de los SPAcios de Bienestar con la poblacion LGBTI Y ASP como profesional en psicologia. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 8 Formatos de activación de rutas como canalizaciones y correos electrónicos según corresponda.
9	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: *Se realizó Archivo de los formatos diligenciados durante el mes Junio de 2025, ubicándolos en las carpetas destinadas para cada producto solicitado en el plan de acción. *Se ubicaron las carpetas en cajas debidamente rotuladas y organizadas conforme a la normatividad y a la tabla de retención documental. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Carpetas con respectivos documentos correspondientes al mes de Abril fichas SPAcios de bienestar, SISCOS, asesorias de de salud sexual y reproductiva, actas de sesiones colectivas y listados, actas de concertación y listados de asistencia.
10	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: 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. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 8 Formatos de canalizaciones establecido segun la norma y correos de envio a la entidad segun corresponda.
11	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 interventoria 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: Dar cumplimiento a la linea tecnica establecida en el producto de los SPAcios de Bienestar para la poblacion LGBTI Y ASP como profesional en psicologia y dado el caso de presentarse hallazgos el profesional es responsable del incumplimiento de las obligaciones contraactuales se garantizando la adecuada ejecuccion de las actividades en el aporte de los productos establecidos en el lineamiento, los cuales fueron socializados de forma oportuna, adicional la informacion en los soportes con calidad y oportunidad. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 5 Actas de concertacion, 2 docuemntos de caracterizacion, 30 fichas de evaluacion y demás documentos solicitados.
12	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: Se realizó movilización de insumos (estructura, carpa, sillas, mesas) para la ejecución de las actividades en terreno, con el respectivo alistamiento y la ubicación de los mismos en los espacios indicados por la lider del entorno, cumpliendo con el protocolo. Se envió evidencia fotográfica y reporte al inicio y finalización de cada acción realizada en Junio de 2025. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Evidencia fotográfica del prealistamiento y la ubicación de los insumos en el espacio asignado.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	86506191	**OPERADOR:**	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	COMPENSAR	11/06/2025	$ 206,400
PENSIÓN:	PORVENIR	11/06/2025	$ 264,200
RIESGOS LABORALES:	SURA	11/06/2025	$ 40,300
OTRO	CCF COMPENSAR	11/06/2025	$ 33,100
	TOTAL PAGADO		**$ 544,000**

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 período correspondiente

Nydia Vargas H

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: NYDIA ROCIO VARGAS HERNANDEZ

CC: 45,622,922

CEL: 3143682420

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E	**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:	NYDIA ROCIO VARGAS HERNANDEZ	**CC:**	45,622,922
		RUT (NIT):	45622922 - 9
CORREO ELECTRÓNICO:	vargasnydia80@gmail.com	**TELÉFONO:**	3143682420
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 83 SUR 91 70	**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:	BANCOLOMBIA				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**N° CUENTA:**	03763813567

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

N° DEL CONTRATO:	PS 3424 2025	**N° CDP:**	5 - 1147	**N°. RP:**	5212 - 13906	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 (LETRASY NUMEROS)	$ 4,127,120					
	CUATRO MILLONES CIENTO VEINTISIETE MIL CIENTO VEINTE PESOS					

Nydia Vargas H

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: NYDIA ROCIO VARGAS HERNANDEZ

CC: **45,622,922**

CEL: **3143682420**

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C. Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**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	NYDIA ROCIO VARGAS HERNANDEZ
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	45,622,922

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN PSICOLOGIA 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 3424 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:**	5212	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	5
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS MESES				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	86506191		**OPERADOR:**	MI PLANILLA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GSP PSPIC - COMUNITARIO				
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	$ 774,839	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1147	**RP DE LA ADICIÓN:**	13906	**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: LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA PERFIL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30
	NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: CLAUDIA IRENE SEGURA VERA 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	45622922	NYDIA ROCIO VARGAS HERNANDEZ	CALLE 83 SUR 91-70	6017742667	vargasnydia80@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	86506191	$544.900	

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	206.400	0		0		0	2	300	0	206.700	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	264.200	0	0	0	0	2	400	0	264.600	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	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	40.300				40.300	2	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
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	33.100	2	100	33.200	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	2	0	0	0
ICBF				
0	2	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	206.700
Pensión	1	264.200	264.600
Riesgos Laborales	1	40.300	40.400
CCF	1	33.100	33.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	544.000	544.900

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
CC	45622922	NYDIA ROCIO VARGAS HERNANDEZ		CALLE 83 SUR 91-70	6017742667	vargasnydia80@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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-05	2025-05	I	11/06/2025	86506191	$544.900

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombia	Subtipo	Extranjero	Comm. 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	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	45622922	VARGAS HERNANDEZ NYDIA ROCIO	59	0			N							X										230301	1.650.848	264.200	0	0	0	0	EPS008	1.650.848	206.400	14-11	1.650.848	3	40.300	CCF24	1.650.848	33.100	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Bancolombia

Comprobante en línea

11 Jun 2025 13:39:29

Pago PSE

Pago exitoso
CUS 1546920478

Comercio
COMPENSAR-OI

Referencia 1

Fecha
11 Jun 2025 13:39:29

Referencia 2
CC

Número de factura
86506191

Referencia 3
45622922

Descripción del pago
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Valor del Pago
$544,900

Número de comprobante
TR1337380478

Costo de la transacción
$ 0

Producto origen
Ahorros - Bancolombia
****** 3567**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA