Secretaría de Salud 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 CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION	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	
MARIA CAROLINA PINILLA JIMENEZ	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	51.795.932
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO TRABAJADOR SOCIAL PARADESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS - 2952 -2024		FECHA INICIO CONTRATO		01/02/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.951.000	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	2 MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 54.289.500		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 4.975.500
N° DE INFORME:	ONCE	N° CRP:	16853	N° CDP:	285
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	ONCE MESES				

UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DRA. SHIRLEY JANNETH TORRES RODRIGUEZ -Jefe de Oficina de Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	N/A	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIÓNES	8	PRORROGAS	8	
VALOR ADICIONADO	$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	978	CRP DE LA ADICIÓN:	22994	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	1397	CRP DE LA ADICIÓN:	25653	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	1765	CRP DE LA ADICIÓN:	30153	TIEMPO PRORROGADO	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	2228	CRP DE LA ADICIÓN:	33982	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	2639	CRP DE LA ADICIÓN:	37861	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	3088	CRP DE LA ADICIÓN:	40971	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	3374	CRP DE LA ADICIÓN:	43268	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 9.510.000	CDP DE LA ADICIÓN:	3615	CRP DE LA ADICIÓN:	45416	TIEMPO PRORROG ADO:	2 MESES
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	NA
N° DE PÓLIZA:	NA		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		NA
FECHA DE LA PÓLIZA	NA		FECHA DE APROBACIÓN:		NA

ITEM	IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones especificas del contrato realizadas durante el mes)
1	Se da cumplimiento de operación de los componentes del sistema unico de habilitacion, auditorias para el mejoramiento de la calidad, sistema único de acreditación y sistema de información
2	Se participa en el diseño de estrategias para el mantenimiento y mejora de los ejes del sistema único de acreditación.
3	Diseño e implementación de actividades para el equipo de asignación de citas, dando respuesta a los objetivos propuestos

4	Se colabora en el Diseño y ejecucuión de etrategias, plan , programas y proyectos
5	Se establecen cronograma de capacitaciones con el equipo de trabajo
6	Contribuir con actividades que mejoren la medición de la satisfacción del usuario control y percepción social con eficacia y oportunidad
7	Contribuir con acciones que apunten a la disminución de peticiones , dando cumplimiento a los criterios de calidad: Oportunidad, claridad, coherencia y calidez
8	Se realiza seguimiento diario y permanente al proceso de asignación de citas , implementando estrategias que mejoren la respiesta a los usuarios
9	Contribuir con las acciones que den respueta al proceso de asignación de citas
10	Diseño de instrumentos de medición que permitan establecer el conocimiento y la habilidad en el proceso de asignación de citas
11	contruccion de diagnostico inicial e implementación de actividades que mejoren el proceso de asignación de acitas
12	Diseño de estrategias e implemntación de atividades que mejoren el proceso
13	Asistencia a capacitaciones convocadas
14	Asistencia a capacitaciones convocadas y reuniones programadas
15	Elaboración de informes
16	Se Garantiza la reserva y confidencialidad de datos e información de los diferentes aplicativos institucionales
17	Se cumple r con las obligaciones de acuerdo con la demanda y tiempos requeridos según las necesidades del servicio en los Centros de Salud y Hospitales que conforman la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.
18	Se portan visiblemente los elementos institucionales y adecuada presentación personal.
19	se cumplen con las obligaciones asignadas
20	

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	7949159854	OPERADOR:	SOI

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	05/12/2024	$ 248.800
PENSIÓN:	PORVENIR	05/12/2024	$ 318.500
RIESGOS LABORALES:	ARL SURA	05/12/2024	$ 48.500
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 615.800

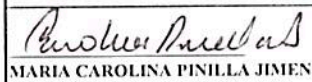
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

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 calculo 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 afiliacion a eps, arl, pension, 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



MARIA CAROLINA PINILLA JIMENEZ
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CC:51795932
CEL:3006711437

Secretaría de Salud 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	MARIA CAROLINA PINILLA JIMENEZ
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	51.795.932

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO TRABAJADOR SOCIAL PARADESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS - 2952-2024		FECHA INICIO CONTRATO		01/02/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$				9.951.000,00
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 54.730.500,00		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 4.975.500,00
N° PAGO / N° DE INFORME:	11	N° CRP INICIAL:	16853	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	285
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	11 MESES				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	7949159854		OPERADOR:	SOI	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DRA. SHIRLEY JANNETH TORRES RODRIGUEZ - Jefe de Oficina de Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° DE MODIFICACIÓN:	N° 8	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRORROGA):				ADICION 8	PRORROGA 8
VALOR ADICIONADO	$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	978	RP DE LA ADICIÓN:	22994	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	1397	RP DE LA ADICIÓN:	25653	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	1765	RP DE LA ADICIÓN:	30153	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	2228	RP DE LA ADICIÓN:	33982	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	2639	RP DE LA ADICIÓN:	37861	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	3088	RP DE LA ADICIÓN:	40971	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	3374	RP DE LA ADICIÓN:	43268	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 9.951.000	CDP DE LA ADICIÓN:	3615	RP DE LA ADICIÓN:	45416	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	(MESES O DIAS)

III. POLIZAS (SI APLICA)				
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	NA
N° DE PÓLIZA:	XX	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		NA
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	ACTO ADMINISTRATIVO DE		NA

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE 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 (01/12/2024) AL (31/12/2024)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: **DRA. SHIRLEY JANNETH TORRES RODRIGUEZ** **CARGO:** Jefe de Oficina de Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano
	NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: **MARTHA PATRICIA CARDENAS CARDENAS** **PERFIL:** Técnico ADMINISTRATIVO II

Secretaría de Salud 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 CONTRATACION FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION	CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSION: 2 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			MARIA CAROLINA PINILLA JIMENEZ		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			51.795.932		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO TRABAJADOR SOCIAL PARADESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS - 2952-2024		FECHA INICIO CONTRATO	01/02/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.951.000,00				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 54.730.500,00		VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:	$ 4.975.500,00	
N° PAGO / N° DE INFORME:	DIEZ	N° CRP INICIAL:	16853	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	285
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	11 MESES				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	59 [illegible]		OPERADOR:	SOI	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DRA. SHIRLEY JANNETH TORRES RODRIGUEZ - Jefe de Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° DE MODIFICACIÓN:	N° ( )	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICION 8	PRORROGA 8
VALOR ADICIONADO	$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	978	RP DE LA ADICIÓN:	22994	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	1397	RP DE LA ADICIÓN:	25653	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	1765	RP DE LA ADICIÓN:	30153	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	2228	RP DE LA ADICIÓN:	33982	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	2639	RP DE LA ADICIÓN:	37861	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	3088	RP DE LA ADICIÓN:	40971	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	3374	RP DE LA ADICIÓN:	43268	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 9.951.000	CDP DE LA ADICIÓN:	3615	RP DE LA ADICIÓN:	45416	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	(MESES O DIAS)

Secretaría de Salud 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**

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/12/2024

NOMBRES Y APELLIDOS:	**MARIA CAROLINA PINILLA JIMENEZ**	**CC:**	**51795932**
		RUT (NIT):	**51795932**
CORREO ELECTRÓNICO:	referenciaservicio@subredcentrooriente.gov.co	**TELÉFONO:**	**3006711437**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CARRERA 24 N 27- A 10**	**CIUDAD:**	BOGOTA

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

Regimen 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:	**DAVIVIENDA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**452970035294**

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

Nº DEL CONTRATO:	**PS 2952 2024**	**Nº CDP**	**3615**	**Nº. CRP**	**45416**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 11 MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**01/02/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/12/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 54.730.500**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**01/12/2024 AL 31/12/2024**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$** 4.975.500 **CUATRO MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS** pesos mcte					

MARIA CAROLINA PINILLA JIMENEZ
C.C 51795932
cel: 3006711437

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN	CEDULA DE CIUDADANIA	NUMERO DE IDENTIFICACION	51795310
NOMBRE O RAZON SOCIAL			MARIA CAROLINA PINILLA JIMENEZ
CIUDAD MUNICIPIO	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCION	CARRERA 7C NO 74A 53 APTO 203	TELEFONO	5752640
TIPO APORTANTE	02 INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA	Actividades inmobiliarias y faciliadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA		7949159854	TIPO DE PLANILLA		INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	noviembre AÑO 2024	PERIODO COTIZACION SALUD	MES noviembre AÑO	2024
DIAS MORA		0			
FECHA PAGO (AAAA/MM/DD)		2024/12/05	NUMERO AUTORIZACIÓN		1103818444

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No COTIZANTES	COTIZACION	APORTES VOLUNTARIOS			FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			AFP/FAVIDA	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACION	FSP	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
10	230 COLPENSIONES	1	$ 315.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 315.500	$ 0		$ 315.500
SUBTOTALES:										**$ 315.500**	**$ 0**		**$ 315.500**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACION		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACION	VALOR	NUMERO AUTORIZACION	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACION	VALOR AJUSTES	COTIZACION	VALOR AJUSTES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS46	EPS SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 248.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 248.800	$ 0	$ 0	$ 248.800
SUBTOTALES:													**$ 248.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 248.800**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No COTIZANTES	INCAPACIDAD INP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACION		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACION	VALOR	TRASLADO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACION	$ 44.500	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14	14 ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0			$ 44.500	$ 0	$ 0	$ 44.500
SUBTOTALES:										**$ 44.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 44.500**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE						NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES							
																						PENSIÓN								SALUD						APP							CCF		SENA		ICBF		ESAP	MINEDU
Nº	CENTRO ADMINISTRACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TARIFA ESPECIAL	EXTRANJERO NO COTIZA PENSION	IGE	IRL	IBC	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	ADMINISTRADORA	FONDO	IBC	COTIZACION	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	INCAPACIDAD TARIFA	TOTAL APORTE	ADMINISTRADORA	FONDO	IBC	COTIZACION	VALOR AJUSTES	TOTAL APORTE	ADMINISTRADORA	FONDO	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	IBC	ADMINISTRADORA	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TARIFA	TOTAL APORTE	TARIFA	TOTAL APORTE	TARIFA	TOTAL APORTE
1	EPS46	[illegible]	01 DEPENDIENTE	00	$ 1.990.200		NO																10 PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.	23	$ 1.990.200	$ 315.500	$ 0	$ 0		$ 315.500	46 EPS SANITAS E.P.S.	23	$ 1.990.200	$ 248.800	$ 0	$ 248.800	14 ARL SURA	23	$ 1.990.200	$ 44.500	$ 44.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 615.800