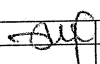
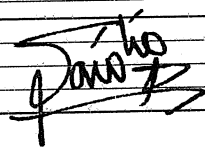
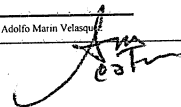
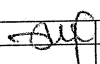
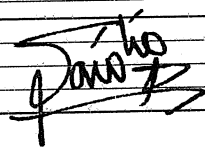
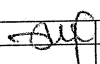
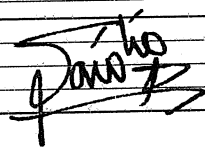


 <div>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO		CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 04 FECHA: 2024-02-22											
11	Hacer entrega formal del cargo en acta, de los documentos, archivo, información y elementos a su cargo, al momento de la terminación del contrato.	Realizar acta de de reunion, con información referente al cargo que se este desarrollando	Acta firmada												
12	Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.	Asistencia a mesas de trabajo programadas para depuración de cartera con los responsables de pago a cargo.	Firma de Actas de reunión programadas y Correo electrónico conciliacioncartera3@subredcentroorientego v.co												
13	Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Dar respuesta a las diferentes solicitudes realizadas por parte del jefe de area.	Correo electrónico conciliacioncartera3@subredcentroorientego v.co												
Observaciones:		<div>Natholio Calderon S.</div> <div>Firma del Contratista</div> <div>C.C. 1.012.438.799 de BOGOTÁ D.C</div>													
Nota: Es deber contractual anexar la certificación del pago a Salud, pensión y ARL. En caso de tener contrato nuevo adjuntar el soporte de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizante y afiliación a pensión. Teniendo en cuenta que con la implementación del Decreto 1273 de 2018 el pago de aportes se hace de manera vencida de acuerdo con las fechas establecidas en el Decreto 1990 de 2016.															
<div>VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO</div> <table><tr><td>NOMBRE:</td><td></td><td>SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO</td><td rowspan="3"></td></tr><tr><td>CARGO:</td><td></td><td>DIRECTOR FINANCIERO</td></tr><tr><td>FIRMA</td><td></td><td></td></tr></table> <div>VoBo Gustavo Adolfo Marín Velásquez</div> 						NOMBRE:		SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO		CARGO:		DIRECTOR FINANCIERO	FIRMA		
NOMBRE:		SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO													
CARGO:		DIRECTOR FINANCIERO													
FIRMA															

Cuenta de cobro 05 - 2024 ✓

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

JULY NATHALIA CALDERON SANCHEZ
C.C. 1.012.438.799 de Bogotá D.C

LA SUMA DE:

Tres millones ciento setenta mil trescientos cuarenta pesos m/cte. (\$3.170.340)✓

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 3098 2024 correspondiente del 01 al 30 de junio de 2024 ✓

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Cordialmente,

Nathalia Calderon S.

JULY NATHALIA CALDERON SANCHEZ

C.C.1012438799

Teléfono: 3014867005

No Cuenta 488411637769 ahorros Davivienda

Fecha: 30 de junio de 2024 ✓

D

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO
CC	1012438799	JULY NATHALIA CALDERON SANCHEZ	Kr 78 Bis B #58M sur 45 Inmueble 6 Apt. 3	3007158	nathalia9622@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 (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS
PERIODO SALUD	2024-05	PERIODO-PENSIONES	2024-05	77692882	1
					TOTAL A PAGAR
					\$428.200

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades	Licencia Maternidad	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC
EPS002	Salud Total EPS	800130307-4	162.500	0	No. Autorización	Valor	0	0	0
								Total a Pagar	No. Afiliados
								162.500	1

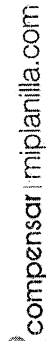
TOTALES PENSIÓN									
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización
230301	Porvenir	900224808-8	208.000	0	0	0	0	0	0
								Total a Pagar	No. Afiliados
								208.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES									
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP
14-23	Positiva Seguros	860011553-6	31.700	No. Autorización	Valor	31.700	0	0	0
						Fondo Solidaridad			
						317			
								Total a Pagar	No. Afiliados
								31.700	1

TOTALES CAJAS					
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	26.000	0	0
				Total a Pagar	No. Afiliados
				26.000	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	0	0	0	0
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
0	0	0	0	0
MEN				
0	0	0	0	0
TOTALES				428.200

TOTALES POR SUBSISTEMA				
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar	No. Afiliados
Salud	1	162.500	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700	31.700
CCF	1	26.000	26.000	26.000
ESAP	0	0	0	0
ICBF	0	0	0	0
MEN	0	0	0	0
SENA	0	0	0	0
TOTALES	4	428.200	428.200	428.200



PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	
CC	101243879	JULY NATHALIA CALDERON SANCHEZ	Kr 78 Bis B #58M sur 45 Inmueble 6 Apt 3	3007158	nathalia8422@hotmail.com	NO
FORMA PRESENTACIÓN UNICA	CLASE APORTANTE I – Independiente	NOMBRE SUCURSAL	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.		NO

DÁTOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				EMPLADOS	UPC
2024-05	2024-05	I	13/06/2024	77862882	1	0
					TOTAL A PAGAR	
					\$428.200	

DETALLE POR COTIZANTE																																									
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						RIESGOS LABORALES			CCF		PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Com. Extranjero	Exento	IND	NET	TAE	TAF	TIP	IVA	VAT	ROE	LMA	VAC	WAC	WAT	WCT	WEL	Cód. AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Fondo pensional de subsistencia	Cotización/ Valor JPC	Cód. ARL	IBC ARL	Cotización	Código CCF	Activ. CCF	Activ. ICBF	Activ. SERA	Activ. ESAP	Activ. MEN					
1	CC	1012438789	CALDERON SANCHEZ JULY NATHALIA	59	0	N																	240301	1,300,000	268,000	0	0	0	0	14,23	1,300,000	3	31,700	CCF24	1,300,000	26,000	0	0	0	0	0

ADAGIO