Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	PAULA ANDREA GARZON ESPINEL												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	30.394.190							
CORREO ELECTRONICO:	pgarzon@hospitalfontibon.gov.co				CELULAR:	3186127482							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	CAPS ZONA FRANCA FO08												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	GESTION CLINICA AMBULATORIA (CAPS ZONA FRANCA) FO08				SEDE:	Fontibon							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	FO08E03	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	457670051285								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2216-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		6				
NÚMERO DE CDP	29 1723	FECHA	8/01/2020	NÚMERO DE CRP	14373 53018	FECHA	31/01/2020 30/11/2020			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como ORTODONCISTA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., de acuerdo a las necesidades de la Institución.									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	12	2020		31	12	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.488.500									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	$0							

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$18.000.000
VALOR EJECUTADO	$17.284.700
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.488.500
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$715.300
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	96%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del **mínimo** valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a **$2.194.507** , el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
47953724 47524710	$1.102.720,00	$137.840	$176.435	$3	$26.862	**$341.137**

Dado en Bogotá a enero del 2021 . Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

LILIANA CASTIBLANCO MOOSOS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

PAULA ANDREA GARZON ESPINEL
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	CAPS ZONA FRANCA				**Sede:** FONTIBON CAPS ZONA FRANCA						
No. DE CONTRATO:	2216-2020	**Periodo certificado desde el**	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año		
			1	12	2.020		31	12	2.020		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	PAULA ANDREA GARZON ESPINEL		**C. C.**	30.394.190			**DE**	ARMENIA			

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como Ordoncista de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI __ NO ____ Servicios: SI __X NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Atender consulta especializada en Ortodoncia y ortopedia maxilar elaboraciòn de historia clinica y examen en ortodoncia y ortopedia maxilar de cada paciente integral.Diagnosticar patologias y efectuar tratameinto de ortodoncia y ortopedia maxilar, solicitar examenes paraclinicos en caso necesario,	si	Si se atendió consulta especializada en Ortodoncia y ortopedia maxilar elaboraciòn de historia clinica y examen de ortodoncia y ortopedia maxilar de cada paciente integral. Se diagnosticó patologias y se efectuò tratamientos en Ortooncia y ortopedia maxilar ,	Atención de los pacientes agendados que cumplieron sus citas de valoracion o citas de control.
Atender a los usuarios y ordenar analisis y examenes clinicos y radiograficos y estudio de resultados.	si	Si se atendió y se ordenó analisis y examenes clinicos y radiograficos se realizo el estudio los resultados.	Historia clinica donde se evidencia la educación a los pacientes acerca de la importancia del diagnostico y plan del tratamiento.
Diligenciar los sistemas de informaciòn en salud diariamente.	si	Se diligenciò los sistemas de informaciòn en salud diariamente.	Historias clinicas diligenciadas por completo
Cumplir con las competencias requeridas para el desarrollo de la cultura organizacional y del objeto contractual, de tal manera que favorezca el proceso de acreditacion al interior de la institucion. Realizar notificación de eventos de interes en salud publica, asi como los eventos adversos presentados en el servicio	si	Si cumplió con las competencias requeridas para el desarrollo de la cultura organizacional y del objeto contractual, de tal manera que favorecio el proceso de acreditacion al interior de la institucion. Se realizó notificación de eventos de interes en salud publica, asi como los eventos adversos presentados en el servicio	Se reporta seguridad de paciente susesos de seguridad
Participar en el proceso de acreditacion en salud del hospital. Ejecutar las actividades según criterio de auto control	si	Participó en el proceso de acreditacion en salud del hospital. Ejecutó las actividades segun criterio de auto control	asistencia a las reuniones programadas que coinciden con la agenda de ortodoncia
Realizar informes mensuales de gestiòn, vigilar y resoponder por el adecuado y racional uso de los recursos asignados, su nivel de rotaciòn e inventario. Mantener, desarrollar e implementar la visiòn y la misiòn del hospital e impulsar y promosionar nuestro portafolio de servicios.	si	Se realiza informes mensuales de gestión, se vigila y respondió por el adecuado y racional uso de los recursos asignados, su nivel de rotación e inventario. Si se mantuvo , desarrollo e implementa la visión y la misión del hospital e impulso y promoción de portafolio de servicios	Diligenciamiento del siso y envio referente de odontología
Vigilar el correcto uso y mantenimiento del equipo y los elementos a su cargo.	si	Se vigiló el correcto uso y mantenimiento del equipo y los elementos a su cargo.	Reportes de anomalias en equipos a para su revision y mantenimiento.
Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución	si	Me adhiero a las Normas y procedimientos que tiene la institucion	Me adhiero a manual de bioseguridad , procedimiento ambulatorio guias de buenas practicas.
Apoyar los procesos de facturación de los servicios que preste y responder por las glosas generadas por errores en los procedimientos establecidos.	si	Atendí paciente con factura y escogi el ingreso adecuado en el sistema	100% de atencion de pacientes con factura
Vigilar el cumplimiento de las normas sobre notificación obligatoria de enfermedades y remitir las respectivas notificaciones al área de salud pública del Hospital.	si	realizo notificaciones de vigiancia cuando es evidenciado.	este mes NO se realizo
Responder por el buen estado y mantenimiento de los elementos de trabajo asignados.	si	Respondo por el buen manejo de todos los equipos que uso y elementos de trabajo	Buen uso de equipos y instrumental
Mantener en completo orden y aseo el Instrumental y equipo teniendo en cuenta la técnica de asepsia.	si	Verificacion de estado de asepsia del instrumental y los equipos biomedicos en uso a la auxiliar de consultorio encargada del mismo	Registro en historia clinica de la carga y el lote esterilizacion con el cual se atiende cada paciente en consulta.
Uso adecuado del bata y carne según lineamiento institucional.	si	Usé adecuadamente el uniforme, bata y carné según lineamiento institucional.	Me adhiero a la estrategia de utilizar la bata y retirarla cuando este fuera de la institucion, o en area de alimentación.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR: $2.488.500

NOMBRE COMPLETO,CÈDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA PAULA ANDREA GARZON ESPINEL: CC:30394190

Fecha: dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:

CONSECUTIVO	FACTURA (ULTIMOS 6 DIGITOS)	FECHA DE FACTURACION	FECHA DE ATENCIÓN	NOMBRE DEL PACIENTE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	CODIGO DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO	NUMERO DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO	VALOR FACTURA COBRADA AL PACIENTE	VALOR LABORATORIO	VALOR A PAGAR AL PROFESIONAL DE ACUERDO A LO CONTRATADO
1	6110060	02/12/20	02/12/20	VALENTINA RODRIGUEZ ZULUAGA	1001204306	ORT003	1	CONTROL MENSUAL TECNICA ROTH 18 MESES	$ 60.000	$ -	$ 42.000
2	6110072	02/12/20	02/12/20	PAOLA DIAZ PULIDO	1016023587	ORT007	1	CONTROL ORTODONCIA PLAN ANTIGUO 24 MESES	$ 39.000	$ -	$ 27.300
3	6110073	02/12/20	02/12/20	MARTHA REYES GARCIA	51930182	ORTO14	1	RETENEDORES DE ARCO CONTINUO POR ARCO	$ 135.000	$ 35.000	$ 70.000
4	6110078	02/12/20	02/12/20	ARMANDO CAICEDO GALINDO	1016049093	ORT006	1	CONTROL ORTODONCIA PLAN ANTIGUO 18 MESES	$ 49.000	$ -	$ 34.300
5	6110081	02/12/20	02/12/20	KAREN VILLABA VARGAS	1014241727	ORT003	1	CONTROL MENSUAL TECNICA ROTH 18 MESES	$ 60.000	$ -	$ 42.000
6	6110090	02/12/20	02/12/20	CHRISTIAN RODRIGUEZ	1016065982	ORTO04A	1	CONTROL MENSUAL TECNICA ROTH 24 MESES	$ 43.000	$ -	$ 30.100
7	6110098	02/12/20	02/12/20	MIGUEL CASTILLO MUÑOZ	1140914273	ORT003	1	CONTROL MENSUAL TECNICA ROTH 18 MESES	$ 60.000	$ -	$ 42.000
8	6110108	02/12/20	02/12/20	CARLOS LEAL NARANJO	1000973831	ORT003A	1	CONTROL MENSUAL TECNICA ROTH 18 MESES	$ 55.000	$ -	$ 38.500
9	6110116	02/12/20	02/12/20	DANIELA SAMACA BENAVIDES	1019987819	ORT003A	1	CONTROL MENSUAL TECNICA ROTH 18 MESES	$ 55.000	$ -	$ 38.500
10	6110119	02/12/20	02/12/20	JOAN DAVID ROJAS BOTIA	1011082741	ORT003A	1	CONTROL MENSUAL TECNICA ROTH 18 MESES	$ 55.000	$ -	$ 38.500
11	6110131	02/12/20	02/12/20	CRISTIAN VEGA GONZALEZ	1000689542	ORT003A	1	CONTROL MENSUAL TECNICA ROTH 18 MESES	$ 55.000	$ -	$ 38.500
12	6110134	02/12/20	02/12/20	JOHANNA BELTRAN RODRIGUEZ	1016032482	ORT003	1	CONTROL MENSUAL TECNICA ROTH 18 MESES	$ 60.000	$ -	$ 42.000
13	6110140	02/12/20	02/12/20	HELLEN SALAMANCA RAMOS	1030661298	ORTO18	1	CONTROL MENSUAL APARATOLOGIA REMOVIBLE	$ 40.000	$ -	$ 28.000
14	6110157	02/12/20	02/12/20	SAMUEL SANCHEZ ROMERO	1000329476	ORT003A	1	CONTROL MENSUAL TECNICA ROTH 18 MESES	$ 55.000	$ -	$ 38.500
15	6110159	02/12/20	02/12/20	ILCE ANTONIO JIMENEZ	52787576	ORT003A	1	CONTROL MENSUAL TECNICA ROTH 18 MESES	$ 55.000	$ -	$ 38.500
16	6110165	02/12/20	02/12/20	JOHAN MARTINEZ QUINTERO	1000354510	ORT003A	1	CONTROL MENSUAL TECNICA ROTH 18 MESES	$ 55.000	$ -	$ 38.500
17	6110170	02/12/20	02/12/20	MAICOL STEVEN SAMACA	1000522813	ORT003A	1	CONTROL MENSUAL TECNICA ROTH 18 MESES	$ 55.000	$ -	$ 38.500
18	6110185	02/12/20	02/12/20	CAROLINA VARGAS ACOSTA	52486325	ORT003A	1	CONTROL MENSUAL TECNICA ROTH 18 MESES	$ 55.000	$ -	$ 38.500
19	6110191	02/12/20	02/12/20	HEIDY MONCADA MORTIGO	1000522997	ORTO04A	1	CONTROL MENSUAL TECNICA ROTH 24 MESES	$ 43.000	$ -	$ 30.100
20	6110192	02/12/20	02/12/20	BETSY PEÑUELA CASALLAS	1000274197	ORT003A	1	CONTROL MENSUAL TECNICA ROTH 18 MESES	$ 55.000	$ -	$ 38.500
21	6111404	09/12/20	09/12/20	LUIS ALBERTO ALDANA MAHECHA	1116493772	ORT006	1	CONTROL ORTODONCIA PLAN ANTIGUO 18 MESES	$ 49.000	$ -	$ 34.300
22	6111406	09/12/20	09/12/20	SANTIAGO FORERO GIRALDO	1021664281	ORT003	1	CONTROL MENSUAL TECNICA ROTH 18 MESES	$ 60.000	$ -	$ 42.000
23	6111414	09/12/20	09/12/20	ANDRES ALVAREZ GOMEZ	1000286098	ORTO04A	1	CONTROL MENSUAL TECNICA ROTH 24 MESES	$ 43.000	$ -	$ 30.100
24	6111416	09/12/20	09/12/20	CLAUDIA PATRICIA GOMEZ	52532303	ORTO14	1	RETENEDORES DE ARCO CONTINUO POR ARCO	$ 135.000	$ 35.000	$ 70.000
25	6111419	09/12/20	09/12/20	SOFIA SIERRA SAMACA	1019999168	ORTO18	1	CONTROL MENSUAL APARATOLOGIA REMOVIBLE	$ 40.000	$ -	$ 28.000
26	6111436	09/12/20	09/12/20	PABLO NICOLAS VARGAS GARZON	1013116340	ORT006	1	CONTROL ORTODONCIA PLAN ANTIGUO 18 MESES	$ 49.000	$ -	$ 34.300
27	6111451	09/12/20	09/12/20	SALOME PIMIENTA RINCON	1022410529	ORTO18	1	CONTROL MENSUAL APARATOLOGIA REMOVIBLE	$ 40.000	$ -	$ 28.000
28	6111457	09/12/20	09/12/20	ANA CHAMBO GUERRA	1000685830	ORT003	1	CONTROL MENSUAL TECNICA ROTH 18 MESES	$ 60.000	$ -	$ 42.000
29	6111459	09/12/20	09/12/20	JOHAN ALFONSO CIFIENTES	1019984630	ORT003	1	CONTROL MENSUAL TECNICA ROTH 18 MESES	$ 60.000	$ -	$ 42.000
30	6111472	09/12/20	09/12/20	JOHAN VARGAS IZQUIERDO	101605349	ORT003	1	CONTROL MENSUAL TECNICA ROTH 18 MESES	$ 60.000	$ -	$ 42.000
31	6111485	09/12/20	09/12/20	TANIA BELTRAN VARGAS	1028780374	ORTO14	1	RETENEDORES DE ARCO CONTINUO POR ARCO	$ 135.000	$ 35.000	$ 70.000
32	6111487	09/12/20	09/12/20	CRISTIAN CABRALES VELEZ	1006320101	ORT003A	1	CONTROL MENSUAL TECNICA ROTH 18 MESES	$ 55.000	$ -	$ 38.500
33	6111513	09/12/20	09/12/20	LAURA GONZALEZ RUBIANO	1000835796	ORTO14	1	RETENEDORES DE ARCO CONTINUO POR ARCO	$ 135.000	$ 35.000	$ 70.000
34	6111535	09/12/20	09/12/20	DEIBYT MEDINA AYALA	1015993904	ORT003	1	CONTROL MENSUAL TECNICA ROTH 18 MESES	$ 60.000	$ -	$ 42.000
35	6111536	09/12/20	09/12/20	ANDRES JIMENEZ PALACIOS	1003481557	ORT003A	1	CONTROL MENSUAL TECNICA ROTH 18 MESES	$ 55.000	$ -	$ 38.500
36	6111555	09/12/20	09/12/20	GILMA GOMEZ VERGARA	52755253	ORT006	1	CONTROL ORTODONCIA PLAN ANTIGUO 18 MESES	$ 49.000	$ -	$ 34.300
37	6112925	16/12/20	16/12/20	LAURA GONZALEZ RUBIANO	1000835796	ORTO14	1	RETENEDORES DE ARCO CONTINUO POR ARCO	$ 135.000	$ 35.000	$ 70.000
38	6112941	16/12/20	16/12/20	MELISSA FONSECA URANGO	1002371903	ORT003	1	CONTROL MENSUAL TECNICA ROTH 18 MESES	$ 60.000	$ -	$ 42.000
39	6112943	16/12/20	16/12/20	OSWALDO ORTIZ ORTIZ	1070585641	ORTO14	1	RETENEDORES DE ARCO CONTINUO POR ARCO	$ 135.000	$ 35.000	$ 70.000
40	6112954	16/12/20	16/12/20	KAREN GINETH GUTIERREZ	1010141672	ORT003A	1	CONTROL MENSUAL TECNICA ROTH 18 MESES	$ 55.000	$ -	$ 38.500
41	6112975	16/12/20	16/12/20	WILLIAM VELANDIA UNIVIO	79853592	ORT004	1	CONTROL MENSUAL TECNICA ROTH 24 MESES	$ 50.000	$ -	$ 35.000
42	6112976	16/12/20	16/12/20	JUAN LEIVA FARIRATOFE	1027525881	ORT003	1	CONTROL MENSUAL TECNICA ROTH 18 MESES	$ 60.000	$ -	$ 42.000
43	6112995	16/12/20	16/12/20	CARMINA ELEJALDE OSSA	39756233	ORTO14	1	RETENEDORES DE ARCO CONTINUO POR ARCO	$ 135.000	$ 35.000	$ 70.000
44	6112999	16/12/20	16/12/20	TANIA BELTRAN VARGAS	1028780374	ORTO14	1	RETENEDORES DE ARCO CONTINUO POR ARCO	$ 135.000	$ 35.000	$ 70.000
45	6113018	16/12/20	16/12/20	NICOLAS PULECIO VILLANUEVA	1010056179	ORTO04A	1	CONTROL MENSUAL TECNICA ROTH 24 MESES	$ 43.000	$ -	$ 30.100
46	6113016	16/12/20	16/12/20	KAROL SOFIA GONZALEZ	1028892010	ORTO18	1	CONTROL MENSUAL APARATOLOGIA REMOVIBLE	$ 40.000	$ -	$ 28.000
47	6113036	16/12/20	16/12/20	CAROL ROMERO GARZON	1025522475	ORT003A	1	CONTROL MENSUAL TECNICA ROTH 18 MESES	$ 55.000	$ -	$ 38.500
48	6113043	16/12/20	16/12/20	LENDY MARTINEZ CRUZ	52989318	ORT003	1	CONTROL MENSUAL TECNICA ROTH 18 MESES	$ 60.000	$ -	$ 42.000
49	6113045	16/12/20	16/12/20	ANDRES ALARCON SUAREZ	1028882318	ORT003A	1	CONTROL MENSUAL TECNICA ROTH 18 MESES	$ 55.000	$ -	$ 38.500
50	6113076	16/12/20	16/12/20	DANIELA MARTINEZ RUIZ	1019991498	ORTO04A	1	CONTROL MENSUAL TECNICA ROTH 24 MESES	$ 43.000	$ -	$ 30.100
51	6113081	16/12/20	16/12/20	YULIANA LARA MEJIA	1000516846	ORT003A	1	CONTROL MENSUAL TECNICA ROTH 18 MESES	$ 55.000	$ -	$ 38.500
52	6113094	16/12/20	16/12/20	LOURENS LLANOS GUTIERREZ	1029887489	ORTO18	1	CONTROL MENSUAL APARATOLOGIA REMOVIBLE	$ 40.000	$ -	$ 28.000
53	6113116	16/12/20	16/12/20	MIGUEL SALAZAR VELOSA	1000371956	ORT003A	1	CONTROL MENSUAL TECNICA ROTH 18 MESES	$ 55.000	$ -	$ 38.500
											$ -
											$ -
											$ -
											$ -
											$ -
											$ -
											$ -

TOTALES	$ 3.435.000	$ 280.000	$ 2.208.500
TOTAL A PAGAR POR LABORATORIO		$ 280.000	
TOTAL PORCENTAJE A PAGAR			$ 2.208.500
TOTAL A PAGAR ESPECIALISTA		$	2.488.500

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	30394190	PAULA ANDREA GARZON ESPINEL		CALLE 138 72-30 INT 6APT 401	2711759	paulagarzon77@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	
47524710	22/12/2020				EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-11	2020-11	N		47953724	$99.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor		Cotización			
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	40.200	0		0		0	0	0	0	40.200	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	51.500	0	0	0	0	0	0		51.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotizacion	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	7.900				7.900	0	0	7.900			79	7.900	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	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	40.200	40.200
Pensión	1	51.500	51.500
Riesgos Laborales	1	7.900	7.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	99.600	99.600

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	30394190	PAULA ANDREA GARZON ESPINEL		CALLE 138 72-30 INT 6APT 401	2711759	paulagarzon77@hotmail.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
47524710	22/12/2020				EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2020-11	2020-11	N		47953724	$99.600

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	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	30394190	GARZON ESPINEL PAULA ANDREA	59	0			N																	230201	1.200.000	192.000	0	0	0	0	EPS001	1.200.000	150.000	14-11	1.200.000	3	29.300		0	0	0	0	0	0	0

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	30394190	PAULA ANDREA GARZON ESPINEL	CALLE 138 72-30 INT 6APT 401	2711759	paulagarzon77@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	
2020-11	2020-11	I	22/12/2020	47524710	$271.700	

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					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	109.800	0		0		0	0	0	0	109.800	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	140.500	0	0	0	0	0	0		140.500	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	21.400				21.400	0	0	21.400			214	21.400	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	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	109.800	109.800
Pensión	1	140.500	140.500
Riesgos Laborales	1	21.400	21.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	271.700	271.700

PAGADA #47524710

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	30394190	PAULA ANDREA GARZON ESPINEL		CALLE 138 72-30 INT 6APT 401	2711759	paulagarzon77@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2020-11	2020-11	I	22/12/2020	47524710	$271.700

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	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	30394190	GARZON ESPINEL PAULA ANDREA	59	0			N																	230201	877.803	140.500	0	0	0	0	EPS001	877.803	109.800	14-11	877.803	3	21.400		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

PAULA ANDREA GARZON ESPINEL

C.C 30394190 DE ARMENIA

La suma de $ 2.488.500 por concepto de: Prestación de Servicios como ortodoncista en el área de consulta externa del CAPS zona franca durante el periodo del 1 al 31 de diciembre del presente año de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2216-2020

Pgarzón.

PAULA ANDREA GARZON ESPINEL

C.C C 30394190 DE ARMENIA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 457670051285