

 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.			
INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS					

DATOS DEL INFORME					
Período a Certificar:	Desde:	2022-07-01	Hasta:	2022-07-31	
Nombre del Contratista:	JULIETH DAYANA SUAREZ DELLISHEFF			Número de Documento:	1033719791
Correo Electrónico:	dayanlind18@hotmail.com			Número Telefónico:	3203848472
Nombre del Supervisor:	EVELING CAPERA BARRAGAN	Cargo:	PROFESIONAL ADMINISTRATIVO EN SALUD	GESTION	Código Grado: -

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	4214-2022	Año Contrato:	2022	CDP Contrato Inicial:	467
Perfil:	ENFERMERO				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS				
Unidad de Servicios:	USS TUNAL				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS							
Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
B02TN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS TUNAL	186	36	18100	\$4018200	115.6%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 4018200	CUATRO MILLONES DIECIOCHO MIL DOSCIENTOS PESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
Fecha de Inicio del Contrato	2022-02-01	Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2023-12-31
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar	
1	FEBRERO	\$ 3692400	
2	MARZO	\$ 3801000	
3	ABRIL	\$ 3583800	
4	MAYO	\$ 3909600	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

5	JUNIO	\$ 4126800
---	-------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 79929600	\$ 79929600	\$ 19113600	\$ 60816000

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1). Prestar servicios de acuerdo al perfil (Enfermera(o)) acordé con la Lex Artis, según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E. de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.	--GARANTIZAR MANEJO INTEGRAL, INTERDISCIPLINARIO PARA QUE EL PACIENTE GOCE UNA ATENCION OPORTUNA. --REALIZACION DE EXAMENES, INTERCONSULTAS RESPONDIDAS- HISTORIA CLINICA.
2	2). Realizar actividades de información, educación, comunicación encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria.	--EDUCACIÓN AL PACIENTE SOBRE ASPECTOS HOSPITALARIOS. EDUCACIÓN AL PACIENTE SOBRE LAS ACTIVIDADES QUE SE LE REALIZA PARA MEJORAR SU ESTADÍA Y SU PATOLOGÍA. -EDUCACIÓN DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, IMPORTANCIA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y CUIDADOS EN CASA PARA EVITAR REINGRESOS --PATRONES DE MARJORI GORDON. - NOTAS DE ENFERMERÍA.
3	3). Registrar en la Historia Clínica toda la información del acto paramédico (procedimiento y cuidado de enfermería, de forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas distintas a las internacionalmente aprobadas), simultánea o inmediatamente después de su realización, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que define el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolución 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique, sustituya).	--REGISTRO OPORTUNO DE TODA ACTIVIDAD QUE SE REALIZA AL PACIENTE YA SEA TRASLADO ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS O TOMA DE SIGNOS VITALES. -NOTAS DE ENFERMERIA EN HISTORIA CLINICA
4	4). Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de enfermería y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	--APOYAR AL PERSONAL MEDICO Y PROFESIONALES DE ENFERMERIA EN TODOS LOS PROCEDIMIENTOS CORRESPONDIENTES HACIENDO USO DE LOS ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD -NOTAS DE ENFERMERIA EN HISTORIA CLINICA

Carrera 30 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co

Teléfono 7300000 Ext 26017

© Sisaur - 2022

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
5) Asegurar la correcta administración de medicamentos de acuerdo a la prescripción médica escrita, legible, correcta, actualizada de acuerdo al protocolo establecido por la institución.	--USO DE LOS 11 CORRECTOS. --ADMINISTRACION DE MEDICAMENTO. --REGISTRO DE MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS.	-NOTAS DE ENFERMERIA EN HISTORIA CLINICA
6) Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud.	--DIRECCIONAR AL PACIENTE A SU NECESIDAD.	-NOTAS DE ENFERMERIA EN HISTORIA CLINICA
7) Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, conforme lo establece la Ley 911 de 2014 o norma que la modifique, adicione o sustituya.	--DIRECCIONAR AL PACIENTE O FAMILIAR A SU NECESIDAD	-NOTAS DE ENFERMERIA EN HISTORIA CLINICA
8) Realizar el seguimiento y custodia del carro de paro del servicio asignado de acuerdo al procedimiento y formatos institucionales	--RELACIONAR DIARIA MENTE LOS FORMATOS DE CARRO DE PARO. --ARQUEO MENSUAL DE ACUERDO LA PROGRAMACION DEL SERVICIO.	--FORMATOS DE SEGUIMIENTO MENSUAL DEL CARRO DE PARO.
9) Hacer seguimiento de control y evaluación al personal auxiliar de enfermería de acuerdo a sus competencias y actividades del servicio, acorde con la Ley 911 de 2014 o norma que la modifique adicione o sustituya.	--VERIFICACION DE NOTAS DE ENFERMERIA.	--RETROALIMENTACION CON FORMATO INSTITUCIONAL.
10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	--ASISTENCIA EN AUTOCUIDADO, ALIMENTACION, ELIMINACION Y TODAS LAS ACTIVIDADES DE APOYO DE ACUERDO A LA CONDICION CLINICA DEL PACIENTE.	--HISTORIA CLINICA

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur -- Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co

Teléfono 7300000 Ext 26017

© Siasur - 2022

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior		
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	60554724			
2022	JUNIO	2022	07	26				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CUATRO MILLONES CIENTOVEINTISEIS MIL OCHOCIENTOS PESOS			
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado					NO	PORVENIR	\$ 1650720	\$ 264115
Salud	COMPENSAR		\$ 206340	\$ 206400				
ARL	3		SURA	\$ 40212	\$ 40300			
Caja de Compensación	SI		CAFAM	Total	\$ 479072	\$ 510900		

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4870306968
------------------	-----------------------	----------------	---------	------------------	------------

Dayana Suarez

JULIETH DAYANA SUAREZ DELLSHEFF
1033719791

Eveling Tatiana Capera Barragan

EVELING TATIANA CAPERA BARRAGAN
PROFESIONAL GESTION ADMINISTRATIVO EN SALUD



El futuro
es de todos

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

Sigdeap²⁰

Última Actualización: 26-jul-2022

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, JULIETH DAYANA SUAREZ DELLSCHIEFF

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1033719791 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección KR 111 A 145 87

Teléfonos 3203848472 3203848472

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Santiago Alexander Soriano Suárez	1014662093	Hijo(a)
María Lastenia Dellscheff Cepeda	39716962	Madre

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,
PARA TOMAR POSESION ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACION ☒
PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐
QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	\$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 45.000.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 45.000.000,00

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Banco Davivienda	Cuenta de ahorros	004870306968	Tunal	\$ 1.900.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
		\$ 0,00

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
SCOTIABANK COLPATRIA	Crédito hipotecario	\$ 55.000.000,00



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Última Actualización: 26-jul-2022
Fecha Validación: 26-jul-2022

Sideap

Hoja de vida sin validar

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO SUAREZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) DELSCHIFF	NOMBRES JULIETH DAYANA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1033719791		SEXO F. ☒ M. ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____			
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 27 MES FEB AÑO 1990		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA KR 111 A 145 87	
PAÍS Colombia		DEPTO. Bogotá D.C.	
DEPTO. Bogotá D.C.		TELÉFONO 3203848472	
CIUDAD Bogotá D.C.		EMAIL dayanlid18@hotmail.com	

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA
MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 10 A 60 DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 60 A 110 DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO
PRIMARIA										Bachiller académico
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°
									X	
FECHA DE GRADO										MES NOVIEMBRE AÑO 2006

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADEMIA ESCRIBA:
TC (TECNICA) TL (TECNOLÓGICA) TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA) UN (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRIA O MAGISTER), DC (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
Universitaria	8	X	ENFERMERIA	7 2015	1033719791
Universitaria	3	X	ENFERMERIA	6 2008	1033719791

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
SOPORTE VITAL AVANZADO	SIET SAS	2021	48
ATENCIÓN A VÍCTIMA CON SUSTANCIAS	SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD	2021	24
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	CEFMED	2020	20

Canciones, videos, juego...



Subred Integrada de

MEDICIÓN DEL
CONOCIMIENTO A LOS
COLABORADORES
SOBRE LOS DERECHOS Y
DEBERES
INSTITUCIONALES.

Se registró la información con éxito

Aceptar

Pregunta requerida

Numero de documento de identidad

FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

Nombre:	JULIETH DAYANA SUAREZ DELLSCHIEFF
Identificación:	1033719791
Entidad:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
Cargo:	Contratista
Correo:.	dayanlind18@hotmail.com
Tipo declaración:	Para actualizar durante la ejecución del contrato
Fecha Declaración:	26/07/22 0:00

El servidor Público o colaborador, se compromete desde ya, a informar a la Administración Distrital, de los eventos o situaciones, potenciales, reales o aparentes, que puedan llegar a ser constitutivas de conflicto de intereses, así como de actualizar esta declaración en el momento en que se presente alguna de las causales que dé lugar a la configuración de un conflicto de interés. Lo anterior, para resguardar el interés general propio de la función pública y que este no entre en conflicto con un interés particular. De acuerdo a lo contemplado en la Ley 734 de 2002 (Ley derogada, por el artículo 265 de la Ley 1952 de 2019, que entrará en vigencia el 29 de marzo de 2022 de acuerdo con la Ley 2094 de 2021), Ley 1437 de 2011, Ley 190 de 1995, y Código de Integridad del Servicio Público Colombiano.

Lo anterior, para resguardar el interés general propio de la función pública y que este no entre en conflicto con mi interés particular.

De acuerdo a lo contemplado en la Ley 734 de 2002 (Ley derogada, por el artículo 265 de la Ley 1952 de 2019, que entrará en vigencia el 29 de marzo de 2022 de acuerdo con la Ley 2094 de 2021), Ley 1437 de 2011, Ley 190 de 1995, y Código de Integridad del Servicio Público Colombiano.

Para efectos del diligenciamiento: Para actualizar durante la ejecución del contrato

Para el efecto manifiesto bajo la gravedad del juramento:

INFORMACIÓN GENERAL

1. Nombre de la Empresa: **INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS**

2. Dirección: **Caracas, Venezuela**

3. Teléfono: **554 44 44**

4. Correo Electrónico: **info@ivica.gov.ve**

5. Fecha de Emisión: **15/05/2023**

6. Fecha de Vencimiento: **30/06/2023**

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

7. ¿Está conforme con el servicio recibido? ☒ Sí ☐ No

8. ¿El personal es amable y eficiente? ☒ Sí ☐ No

9. ¿La información proporcionada es clara y precisa? ☒ Sí ☐ No

10. ¿Recomendaría este servicio a otros? ☒ Sí ☐ No

11. Comentarios adicionales: **Excelente servicio, muy profesional.**

DETALLES DEL CONTRATO

12. Tipo de Contrato: **Contrato de Prestación de Servicios**

13. Descripción del Servicio: **Asesoría técnica en gestión de proyectos de investigación.**

14. Monto Total del Contrato: **1.500.000,00 (Un millón quinientos mil córdobas)**

15. Forma de Pago: **Deposito en Cuenta Corriente**

16. Fecha de Inicio: **01/06/2023**

17. Fecha de Término: **30/06/2023**

ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDADES

Actividad	Responsable	Fecha de Entrega
Definición de alcance del proyecto	Dr. Juan Pérez	15/05/2023
Elaboración del plan de trabajo	Dr. María Gómez	22/05/2023
Revisión y aprobación del plan	Dr. Carlos Ruiz	29/05/2023
Inicio de ejecución de actividades	Equipo de Asesoría	01/06/2023
Reporte de progreso	Equipo de Asesoría	15/06/2023
Entrega final del informe	Equipo de Asesoría	30/06/2023

OTROS DATOS

18. ¿Hay alguna otra información relevante? ☐ Sí ☒ No

19. Firma del Cliente: **[Firma]**

20. Firma del Proveedor: **[Firma]**

Documentos de ejecución del censo

Descripción	Nombre del activo	Cargado por	Detallar	Detalle
☐ CUENTA FEBRERO CTO 4214-2022.pdf	CUENTA FEBRERO CTO 4214-2022.pdf	Proveedor	Detallar	Detalle
☐ CUENTA MARZO 4214 - 2022.pdf	CUENTA MARZO 4214 - 2022.pdf	Proveedor	Detallar	Detalle
☐ CUENTA ABRIL CTO 4214-2022.pdf	CUENTA ABRIL CTO 4214-2022.pdf	Proveedor	Detallar	Detalle
☐ CUENTA MAYO 4214-2022.pdf	CUENTA MAYO 4214-2022.pdf	Proveedor	Detallar	Detalle
☐ CUENTA JUNIO CTO 4214-2022.pdf	CUENTA JUNIO CTO 4214-2022.pdf	Proveedor	Detallar	Detalle

Porter's Cargo Movers

Cancel

Comunidad de la Entidad Estatal

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1033719791	JULIETH DAYANA SUAREZ DELLSCHIEFF	cra19b 47-63	2791848	dsyarind18@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	

DATOS 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				EMPLEADOS UPC
					1 0
					TOTAL A PAGAR
2022-06	2022-06	1	26/07/2022	60554724	\$520.900

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					
EPS003	Compensar EPS	860066942-7	206,400	0		0		0	0	0	0	206,400	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	800224608-8	264.200	0	0	0	0	0	0		264.200	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. Reducido Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	8909033790-5	40.300				40.300	0	0	40.300			403	40.300	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	10.000	0	0	10.000	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	206.400	206.400
Pensión	1	264.200	264.200
Riesgos Laborales	1	40.300	40.300
CCF	1	10.000	10.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	520.900	520.900

DATOS DEL APORTANTE				
Tipo	Número	Nombre Aportante	Dirección	Teléfono
CC	1033719791	JUANETH DAYANA SUAREZ DELLSCHIEFF	ca19b 47-63	2791648
Forma Presentación	Clase Aportante	Nombre Sucursal	Código	Departamento
UMCA	I - Independiente			BOGOTÁ D.C.
CORREO				
dayaneth18@hotmail.com				
CUIDAD / MUNICIPIO				
BOGOTÁ D.C.				
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD				
NO				

DATOS DE LA PLANILLA				
PLAYITA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	26/07/2022	60554724
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	1		\$520.900
CANTIDAD	EMPLEADOS	1	TOTAL A PAGAR	
UFC	D			

[illegible]

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