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	%	
	E03	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:	2577 -2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		9			
NÚMERO DE CDP	1109 1250 1433 1598	FECHA	26/06/2018 27/7/2018 30/8/2018 28/09/2018	NÚMERO DE CRP	30022 34138 38488 42147	FECHA	30/06/2018 31/7/2018 31/08/18 30/09/2018		
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	10	2018		31	10	2018	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.923.950								
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:	$36.000.000
VALOR EJECUTADO	$28.124.010
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.923.950
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$7.875.990
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	78%

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 $**1.953.105**, 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
30450550 30450294	$1.169.580,00	$146.198	$187.133	$3	$28.491	**$361.821**

Dado en Bogotá a NOVIEMBRE del 2018 . Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

LILIANA CASTIBLANCO MOSOS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

PAULA ANDREA GARZON ESPINEL
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud 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	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	CAPS ZONA FRANCA			**Sede:** FONTIBON						
No. DE CONTRATO:	2577 -2018	**Periodo certificado desde el**		Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
				1	10	2.018		31	10	2.018
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 elaboración 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 elaboración 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 información en salud diariamente.	si	Se diligenciò los sistemas de información 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 gestión, vigilar y resoponder por el adecuado y racional uso de los recursos asignados, su nivel de rotación 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 odontologia
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 vigilancia 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: $2.923.950

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

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

LILIANA CASTIBLANCO MOSOS

Bogotá D.C., NOVIEMBRE DE 2018

CUENTA DE COBRO

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCIDENTE ESE
NIT. 900,959,048-4
DEBE A:
PAULA ANDREA GARZON ESPINEL
C.C. 30.394.190

Por concepto de prestacion de Servicios como Especialista en Ortodoncia en el área de Odontología de la Unidad Prestadora de Servicos de Salud Fontibón, Del: 1 de **OCTUBRE** de **2018** al 31 de **OCTUBRE** de **2018**

Por Concepto de Participación en tratamientos de Ortodoncia	$2.721.950
Por Concepto de Trabajos de Laboratorio	$202.000
Total a Pagar	$2.923.950

TOTAL: DOS MILLONES NOVECIENTOS VEINTE Y TRES MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE

TOTAL: **$2.923.950**

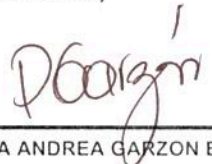
NOTA ACLARATORIA: Como se describe en el contrato para los tratamientos de ortopedia donde se requiere aparatología, el costo de esta será descontado del valor cancelado por el paciente como cuota inicial y sobre este saldo se descontaran los porcentajes correspondientes al ortodoncista y al hospital. Así pues:

No. FACTURA	VLR FACTURA	COSTO LABORATORIO	70% ORTODONCISTA	30% HOSPITAL
2181542	$ 123.200,00	$ 29.000,00	$ 65.940,00	$ 28.260,00
2185782	$ 168.000,00	$ 40.000,00	$ 89.600,00	$ 38.400,00
2187239	$ 133.300,00	$ 35.000,00	$ 68.810,00	$ 29.490,00
2257703	$ 123.200,00	$ 29.000,00	$ 65.940,00	$ 28.260,00
2296941	$ 123.200,00	$ 29.000,00	$ 65.940,00	$ 28.260,00
2298246	$ 168.000,00	$ 40.000,00	$ 89.600,00	$ 38.400,00

- **Autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE consignar el valor correspondiente en la Cuenta de Ahorros No. 457670051285 del BANCO DAVIVIENDA**

	SI	NO
Bajo la gravedad de juramento informo que soy declarante de renta por el año 2016	X	
Declaro que mis ingresos provienen en mas del 80% de la prestación de servicios de manera personal o desarrollo de una actividad económica por cuenca y riesgo del empleador o contratante.	X	
Que mis ingresos totales en el año inmediatamente anterior superan 4.073 UVT ($109.323.393,00)		X

Cordialmente,



PAULA ANDREA GARZON ESPINEL
CC 30.394.190 de Manizales
Tel. 3186127482 Email: paulagarzon77@hotmail.com

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 (70%)
1	2167130	08/10/18	08/10/18	DANA PRIETO	1013130020	893106-46	1	CONTROL MENSUAL DOBLE PLACA CON TORNILLO DE EXPANSION 2017	$ 39.000	$ -	$ 27.300
2	2167153	08/10/18	08/10/18	YORLADY GOMEZ	24729468	893106-13	1	CONTROL MENSUAL ORTODONCIA 18 MESES 2017	$ 55.000	$ -	$ 38.500
3	2167286	08/10/18	08/10/18	ANDRES FELIPE ROMERO	1016105535	893106-9	1	CONTROL ORTODONCIA PLAN 18 MESES NUEVO CUOTA INICIAL	$ 39.000	$ -	$ 27.300
4	2167444	08/10/18	08/10/18	ALEJANDRA SANCHEZ	1016084524	893106-8	1	CONTROL ORTODONCIA PLAN 12 MESES NUEVO CONTROL MENSUAL	$ 49.000	$ -	$ 34.300
5	2167446	08/10/18	08/10/18	JULIO CASTELLANOS	19347819	893106-14	1	CONTROL MENSUAL ORTODONCIA 24 MESES 2017	$ 43.000	$ -	$ 30.100
6	2167565	08/10/18	08/10/18	LAURA SANTAMARIA	1012402866	893106-46	1	CONTROL MENSUAL DOBLE PLACA CON TORNILLO DE EXPANSION 2017	$ 39.000	$ -	$ 27.300
7	2167616	08/10/18	08/10/18	NELSON SAMACA	80009540	893106-13	1	CONTROL MENSUAL ORTODONCIA 18 MESES 2017	$ 55.000	$ -	$ 38.500
8	2167780	08/10/18	08/10/18	MARIA VIVAS RODRIGUEZ	51706325	893106-11	1	CUOTA INICIAL ORTODONCIA 18 MESES 2017	$ 162.400	$ -	$ 113.680
9	2168364	08/10/18	08/10/18	ANDREA CONTRERAS	1010007611	893106-8	1	CONTROL ORTODONCIA PLAN 12 MESES NUEVO CONTROL MENSUAL	$ 49.000	$ -	$ 34.300
10	2168616	08/10/18	08/10/18	ALLISON CASTILLO	1000331152	893106-9	1	CONTROL ORTODONCIA PLAN 18 MESES NUEVO CUOTA INICIAL	$ 39.000	$ -	$ 27.300
11	2170877	08/10/18	08/10/18	TATIANA BEJARANO	1000513703	893106-13	1	CONTROL MENSUAL ORTODONCIA 18 MESES 2017	$ 55.000	$ -	$ 38.500
12	2172356	08/10/18	08/10/18	JUAN PABLO LEGUIZAMON	1028885903	893106-25	1	APARATOS FUNCIONALES Y/O ACTIVADORES CONTROL MENSUAL	$ 35.000	$ -	$ 24.500
13	2172889	08/10/18	08/10/18	LAURA RAMOS MARTINEZ	1000514477	893106-13	1	CONTROL MENSUAL ORTODONCIA 18 MESES 2017	$ 55.000	$ -	$ 38.500
14	2173019	08/10/18	08/10/18	ANDRES ALARCON SUAREZ	1028882318	893106-11	1	CUOTA INICIAL ORTODONCIA 18 MESES 2017	$ 162.400	$ -	$ 113.680
15	2173418	08/10/18	08/10/18	JULIAN ESCOBAR RIVERA	1011063291	893106-13	1	CONTROL MENSUAL ORTODONCIA 18 MESES 2017	$ 55.000	$ -	$ 38.500
16	2181542	10/10/18	10/10/18	OLGA ORTIZ	65690165	893106-44	1	RETENEDORES DE ARCO CONTINUO (1) NUEVO	$ 123.200	$ 29.000	$ 65.940
17	2181628	10/10/18	10/10/18	JORGE MEDINA	1016080432	893106-8	1	CONTROL ORTODONCIA PLAN 12 MESES NUEVO CONTROL MENSUAL	$ 49.000	$ -	$ 34.300
18	2181791	10/10/18	10/10/18	SANNY GUILLOTT	85472307	893106-9	1	CONTROL ORTODONCIA PLAN 18 MESES NUEVO CUOTA INICIAL	$ 39.000	$ -	$ 27.300
19	2181842	10/10/18	10/10/18	LAURA ABRIL	1016085105	893106-13	1	CONTROL MENSUAL ORTODONCIA 18 MESES 2017	$ 55.000	$ -	$ 38.500
20	2182368	10/10/18	10/10/18	ANYI PULIDO	1073525152	893106-13	1	CONTROL MENSUAL ORTODONCIA 18 MESES 2017	$ 55.000	$ -	$ 38.500
21	2184471	10/10/18	10/10/18	EMILI FORERO	1013137720	893106-46	1	CONTROL MENSUAL DOBLE PLACA CON TORNILLO DE EXPANSION 2017	$ 39.000	$ -	$ 27.300
22	2184695	10/10/18	10/10/18	BAIRON ROSAS LEON	1025522423	893106-13	1	CONTROL MENSUAL ORTODONCIA 18 MESES 2017	$ 55.000	$ -	$ 38.500
23	2184869	10/10/18	10/10/18	JORGE MEDINA	1016080432	893106-38	2	REPARACION DE BRACKET POR MAL MANEJO 2012	$ 14.800	$ -	$ 10.360
						893106-38		REPARACION DE BRACKET POR MAL MANEJO 2012	$ 14.800	$ -	$ 10.360
24	2185064	10/10/18	10/10/18	PAULA RODRIGUEZ	1022440802	893106-9	1	CONTROL ORTODONCIA PLAN 18 MESES NUEVO CUOTA INICIAL	$ 39.000	$ -	$ 27.300
25	2185782	10/10/18	10/10/18	DAHIRENE GALVIZ ALARCON	1018508730	893106-29	1	CUOTA INICIAL PLACA TIPO HAWLEY CON TORNILLO 2017	$ 168.000	$ 40.000	$ 89.600
26	2186615	10/10/18	10/10/18	ANDRES CIPAGAUTA	1019992084	893106-33	1	CONTROL MENSUAL BLOQUES GEMELOS 2017	$ 39.000	$ -	$ 27.300
27	2186665	10/10/18	10/10/18	PABLO VARGAS	1013116340	893106-33	1	CONTROL MENSUAL BLOQUES GEMELOS 2017	$ 39.000	$ -	$ 27.300
28	2187239	10/10/18	10/10/18	EMILY SOLANO MARIN	1141341985	893105-57	1	CUOTA INICIAL MANTENEDOR DE ESPACIO UNILATERAL 2017	$ 133.300	$ 35.000	$ 66.810
29	2187723	10/10/18	10/10/18	KAREN BERNAL	1000379947	893106-14	1	CONTROL MENSUAL ORTODONCIA 24 MESES 2017	$ 43.000	$ -	$ 30.100
30	2187836	10/10/18	10/10/18	MAICOL SAMACA	1000522813	893106-13	1	CONTROL MENSUAL ORTODONCIA 18 MESES 2017	$ 55.000	$ -	$ 38.500
31	2254880	24/10/18	24/10/18	LUIS ALBERTO AYALA	1000515300	893106-14	1	CONTROL MENSUAL ORTODONCIA 24 MESES 2017	$ 43.000	$ -	$ 30.100
32	2254903	24/10/18	24/10/18	NATALIA AYALA	1013603750	893106-14	1	CONTROL MENSUAL ORTODONCIA 24 MESES 2017	$ 43.000	$ -	$ 30.100
33	2254965	24/10/18	24/10/18	LAURA PACHECO	1012400263	893106-46	1	CONTROL MENSUAL DOBLE PLACA CON TORNILLO DE EXPANSION 2017	$ 39.000	$ -	$ 27.300
34	2255511	24/10/18	24/10/18	ERIKA MOSQUERA	1016059443	893106-13	1	CONTROL MENSUAL ORTODONCIA 18 MESES 2017	$ 55.000	$ -	$ 38.500
35	2256633	24/10/18	24/10/18	MARIA OCAMPO	51712810	893106-13	1	CONTROL MENSUAL ORTODONCIA 18 MESES 2017	$ 55.000	$ -	$ 38.500
36	2257421	24/10/18	24/10/18	DANIEL MURCIA	79988909	893106-13	1	CONTROL MENSUAL ORTODONCIA 18 MESES 2017	$ 55.000	$ -	$ 38.500
37	2257530	24/10/18	24/10/18	CARMINA ELEJALDE	39756233	893106-14	1	CONTROL MENSUAL ORTODONCIA 24 MESES 2017	$ 43.000	$ -	$ 30.100
38	2257571	24/10/18	24/10/18	ESTEBAN TEUTA RODRIGUEZ	1000327831	893106-13	1	CONTROL MENSUAL ORTODONCIA 18 MESES 2017	$ 55.000	$ -	$ 38.500
39	2257703	24/10/18	24/10/18	ZORAIDA CAMACHO	41782867	893106-44	1	RETENEDORES DE ARCO CONTINUO (1) NUEVO	$ 123.200	$ 29.000	$ 65.940
40	2257952	24/10/18	24/10/18	JUAN DAVID URIBE	1013007580	893106-46	1	CONTROL MENSUAL DOBLE PLACA CON TORNILLO DE EXPANSION 2017	$ 39.000	$ -	$ 27.300
41	2259389	24/10/18	24/10/18	PAOLA DIAZ PULIDO	1016023587	893106-9	1	CONTROL ORTODONCIA PLAN 18 MESES NUEVO CUOTA INICIAL	$ 39.000	$ -	$ 27.300
42	2259568	24/10/18	24/10/18	MARCELA GALLEGO GARCIA	52315410	893106-14	1	CONTROL MENSUAL ORTODONCIA 24 MESES 2017	$ 43.000	$ -	$ 30.100
43	2259750	24/10/18	24/10/18	ANA MARIA CIFUENTES	1000214601	893106-8	1	CONTROL ORTODONCIA PLAN 12 MESES NUEVO CONTROL MENSUAL	$ 49.000	$ -	$ 34.300
44	2260228	24/10/18	24/10/18	INGRY TRUJILLO	1016089868	893106-4	1	CONTROL ORTODONCIA PLAN 18 MESES 2012 CUOTA MENSUAL	$ 47.700	$ -	$ 33.390
45	2260264	24/10/18	24/10/18	HASLY PINZON CALDERON	1158713029	893106-46	1	CONTROL MENSUAL DOBLE PLACA CON TORNILLO DE EXPANSION 2017	$ 39.000	$ -	$ 27.300
46	2260577	24/10/18	24/10/18	ANGIE RODRIGUEZ	1014737093	893106-13	1	CONTROL MENSUAL ORTODONCIA 18 MESES 2017	$ 55.000	$ -	$ 38.500
47	2260650	24/10/18	24/10/18	CAROLINA CAMPOS	1016012647	893106-13	1	CONTROL MENSUAL ORTODONCIA 18 MESES 2017	$ 55.000	$ -	$ 38.500
48	2260699	24/10/18	24/10/18	DANIELA MARTINEZ RUIZ	1019991498	893106-14	1	CONTROL MENSUAL ORTODONCIA 24 MESES 2017	$ 43.000	$ -	$ 30.100
49	2260899	24/10/18	24/10/18	CHELSY AVILA	1000285732	893106-13	1	CONTROL MENSUAL ORTODONCIA 18 MESES 2017	$ 55.000	$ -	$ 38.500
50	2260902	24/10/18	24/10/18	ERIKA SANCHEZ	1016102123	893106-9	1	CONTROL ORTODONCIA PLAN 18 MESES NUEVO CUOTA INICIAL	$ 39.000	$ -	$ 27.300
51	2260839	24/10/18	24/10/18	ESTEFANIA GUERRERO	1000338150	893106-7	1	CONTROL ORTODONCIA PLAN 12 MESES NUEVO CONTROL MENSUAL	$ 65.000	$ -	$ 45.500
52	2296536	31/10/18	31/10/18	LUIS ALDANA	1116493772	893106-4	1	CONTROL ORTODONCIA PLAN 18 MESES 2012 CUOTA MENSUAL	$ 47.700	$ -	$ 33.390
53	2296941	31/10/18	31/10/18	OLGA ORTIZ	65690165	893106-44	1	RETENEDORES DE ARCO CONTINUO (1) NUEVO	$ 123.200	$ 29.000	$ 65.940
54	2297167	31/10/18	31/10/18	HEIDY MONCADA MORTIGO	1000522997	893106-12	1	CUOTA INICIAL ORTODONCIA 24 MESES 2017	$ 162.400	$ -	$ 113.680
55	2298246	31/10/18	31/10/18	YASBLEYDY SERRANO NARANJO	1016081953	893106-12	2	CUOTA INICIAL ORTODONCIA 24 MESES 2017	$ 162.400	$ -	$ 113.680
						893106-41		REJILLA LINGUAL NUEVO	$ 168.000	$ 40.000	$ 89.600
56	2298881	31/10/18	31/10/18	SAMUEL PAEZ	1000727374	893106-13	1	CONTROL MENSUAL ORTODONCIA 18 MESES 2017	$ 55.000	$ -	$ 38.500
57	2301712	31/10/18	31/10/18	JENNIFER MOYANO	1016593045	893106-13	1	CONTROL MENSUAL ORTODONCIA 18 MESES 2017	$ 55.000	$ -	$ 38.500
58	2302743	31/10/18	31/10/18	ANGIE PEREZ	1016036706	893106-14	1	CONTROL MENSUAL ORTODONCIA 24 MESES 2017	$ 43.000	$ -	$ 30.100
59	2302829	31/10/18	31/10/18	CARLOS ACOSTA	1076510116	893106-25	3	APARATOS FUNCIONALES Y/O ACTIVADORES CONTROL MENSUAL	$ 35.000	$ -	$ 24.500
						893106-48		CONTROL MENSUAL ACTIVADOR DE KLAMMT 2017	$ 39.000	$ -	$ 27.300
						893106-48		CONTROL MENSUAL ACTIVADOR DE KLAMMT 2017	$ 39.000	$ -	$ 27.300
60	2302952	31/10/18	31/10/18	MARIA PAULA MONTERO	1019991709	893106-53	1	CONTROL MENSUAL MASCARA FACIAL 2017	$ 39.000	$ -	$ 27.300
61	2303188	31/10/18	31/10/18	ANGIE MURCIA	1019997621	893106-46	1	CONTROL MENSUAL DOBLE PLACA CON TORNILLO DE EXPANSION 2017	$ 39.000	$ -	$ 27.300
62	2303243	31/10/18	31/10/18	WILLIAM TIBADUIZA	80009102	893106-13	1	CONTROL MENSUAL ORTODONCIA 18 MESES 2017	$ 55.000	$ -	$ 38.500
63	2303258	31/10/18	31/10/18	ANGIE VIGOYA	1015999966	893106-13	1	CONTROL MENSUAL ORTODONCIA 18 MESES 2017	$ 55.000	$ -	$ 38.500
											$ -
											$ -
											$ -
											$ -
				TOTALES					**$ 4.090.500**	**$ 202.000**	**$ 2.721.950**
				TOTAL A PAGAR POR LABORATORIO						**$ 202.000**	
				TOTAL PORCENTAJE A PAGAR							**$ 2.721.950**
				TOTAL A PAGAR ESPECIALISTA						**$ 2.923.950**	



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		
UNICA	I - Independiente			BOGOTA D.C	BOGOTA D.C		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/ANO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/ANO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2018-09	2018-09	1	04/10/2018	30450294	$241.800	

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	97.700	0		0		0	0	0	0	97.700	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
240201	[illegible] (ING + Protección)	8002297[illegible]	125.000	0	0	0	0	0	0		125.000	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. Autorizacion	Valor										
14126	ARP Sura	800256161-4	19.100				19.100	0	0	19.100			147	19.100	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	97.700	97.700
Pension	1	125.000	125.000
Riesgos Laborales	1	19.100	19.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	241.800	241.800

Este documento es una representación gráfica de un documento electrónico generado por 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		
UNICA	1 - Independiente			BOGOTA, D.C.	BOGOTA, 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	
2018-09	2018-09	1	04/10/2018	30450294	$241.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Suspensa	Extranjero	Colmb. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COMBI_CCF	Cod. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cod. 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	1030[illegible]4	GARZON DIAZ SAMUEL PAULA ANDREA	NO	0			NO																		14001	781.242	175.000	0	0	0	0	EPS011	781.242	42.500	14-28	781.242	1	19.100		0	0	0	0	0	1	0

Este documento está firmado digitalmente por parte de Compensar Prestador 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
30450294	04/10/2018				EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2018-09	2018-09	N	04/10/2018	30450550	$131.800

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Auxilios	Estranjero	Colom. exterior	Ensenada	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	1.207.000	193.200	0	0	0	0	EPS001	1.207.000	150.900	14-28	1.207.000	3	29.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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