Secretaria 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	%	
	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		10	
NÚMERO DE CDP	1250 1433 1598 1731	FECHA	27/7/2018 30/8/2018 28/09/2018 29/10/2018	NÚMERO DE CRP	34138 38488 42147 45481	FECHA	31/7/2018 31/08/18 30/09/2018 31/10/2018
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	11	2018		30	11	2018
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.887.680							
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:	$40.000.000
VALOR EJECUTADO	$31.011.690
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.887.680
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$8.988.310
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
31219059 31267554	$1.155.072,00	$144.384	$184.812	$3	$28.138	**$357.333**

Dado en Bogotá a DICIEMBRE 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	11	2.018		30	11	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 clínica y examen en ortodoncia y ortopedia maxilar de cada paciente integral.Diagnosticar patologías 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 clínica y examen de ortodoncia y ortopedia maxilar de cada paciente integral. Se diagnosticó patologías 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	Atendi 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: $2.887.680

Fecha dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor

LILIANA CASTIBLANCO MOSOS

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

30394190

Bogotá D.C., DICIEMBRE 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 **NOVIEMBRE** de **2018** al 30 de **NOVIEMBRE** de **2018**

Por Concepto de Participación en tratamientos de Ortodoncia	$2.738.680
Por Concepto de Trabajos de Laboratorio	$149.000
Total a Pagar	$2.887.680

TOTAL: **DOS MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE**

TOTAL: $2.887.680

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
033938	$ 123.200,00	$ 29.000,00	$ 65.940,00	$ 28.260,00
034249	$ 168.000,00	$ 40.000,00	$ 89.600,00	$ 38.400,00
034250	$ 134.400,00	$ 40.000,00	$ 66.080,00	$ 28.320,00
2433306	$ 134.400,00	$ 40.000,00	$ 66.080,00	$ 28.320,00

- **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 ATENCION	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	033484	14/11/18	14/11/18	BETSY PENUELA	1000274197	893106-13	1	CONTROL MENSUAL ORTODONCIA 18 MESES 2017	$ 55.000	$	$ 38.500
2	033485	14/11/18	14/11/18	JULIAN ESCOBAR RIVERA	1011083291	893106-13	1	CONTROL MENSUAL ORTODONCIA 18 MESES 2017	$ 55.000	$ -	$ 38.500
3	033936	14/11/18	14/11/18	WILSON VARGAS	1016105111	893106-13	1	CONTROL MENSUAL ORTODONCIA 18 MESES 2017	$ 55.000	$ -	$ 38.500
4	033937	14/11/18	14/11/18	SANNY GUILLOTT	85472307	893106-9	1	CONTROL ORTODONCIA PLAN 18 MESES NUEVO CUOTA INICIAL	$ 39.000	$	$ 27.300
5	033938	14/11/18	14/11/18	BRAYAN ALHUCEMA	1016092535	893106-44	1	RETENEDORES DE ARCO CONTINUO (1) NUEVO	$ 123.200	$ 29.000	$ 65.940
6	033939	14/11/18	14/11/18	ANYI PULIDO	1073525152	893106-13	1	CONTROL MENSUAL ORTODONCIA 18 MESES 2017	$ 55.000	$ -	$ 38.500
7	033941	14/11/18	14/11/18	BAIRON ROSAS LEON	1025522423	893106-13	1	CONTROL MENSUAL ORTODONCIA 18 MESES 2017	$ 55.000	$ -	$ 38.500
8	034033	14/11/18	14/11/18	MARIA VIVAS RODRIGUEZ	51706325	893106-13	1	CONTROL MENSUAL ORTODONCIA 18 MESES 2017	$ 55.000	$ -	$ 38.500
9	034035	14/11/18	14/11/18	MILENA NOVOA	52480297	893106-11	1	CUOTA INICIAL ORTODONCIA 18 MESES 2017	$ 162.400	$ -	$ 113.680
10	034036	14/11/18	14/11/18	ANGIE RODRIGUEZ	1000324269	893106-8	1	CONTROL ORTODONCIA PLAN 12 MESES NUEVO CONTROL MENSUAL	$ 49.000	$ -	$ 34.300
11	034037	14/11/18	14/11/18	NICOL SANABRIA	1028860700	893106-13	2	CONTROL MENSUAL ORTODONCIA 18 MESES 2017	$ 55.000	$ -	$ 38.500
						893106-38		REPARACION DE BRACKET POR MAL MANEJO 2012	$ 14.800	$ -	$ 10.360
12	034039	14/11/18	14/11/18	CRISTIAN CRUZ HERNANDEZ	102000168	893106-46	1	CONTROL MENSUAL DOBLE PLACA CON TORNILLO DE EXPANSION 2017	$ 39.000	$ -	$ 27.300
13	034100	14/11/18	14/11/18	LILIANA NEGRETE	1064978024	893106-9	1	CONTROL ORTODONCIA PLAN 18 MESES NUEVO CUOTA INICIAL	$ 39.000	$ -	$ 27.300
14	034244	14/11/18	14/11/18	JULIO CASTELLANOS	19347819	893106-14	1	CONTROL MENSUAL ORTODONCIA 24 MESES 2017	$ 43.000	$ -	$ 30.100
15	034245	14/11/18	14/11/18	CRISTIAN CABRALES	1006320101	893106-13	1	CONTROL MENSUAL ORTODONCIA 18 MESES 2017	$ 55.000	$ -	$ 38.500
16	034247	14/11/18	14/11/18	LINA SANDOVAL	123308985	893106-8	1	CONTROL ORTODONCIA PLAN 12 MESES NUEVO CONTROL MENSUAL	$ 49.000	$ -	$ 34.300
17	034248	14/11/18	14/11/18	NICOL GARCIA GONZALEZ	1013138577	893106-46	1	CONTROL MENSUAL DOBLE PLACA CON TORNILLO DE EXPANSION 2017	$ 39.000	$ -	$ 27.300
18	034249	14/11/18	14/11/18	DIEGO CAICEDO	1016028985	893106-29	1	CUOTA INICIAL PLACA TIPO HAWLEY CON TORNILLO 2017	$ 168.000	$ 40.000	$ 89.600
19	034250	14/11/18	14/11/18	ANDRES ALARCON SUAREZ	1026882318	893106-43	1	PLACA DE LEVANTAMIENTO DE MORDIDA NUEVO	$ 134.400	$ 40.000	$ 66.080
20	054968	14/11/18	14/11/18	BRANDON FERRERO	1022352455	893106-46	1	CONTROL MENSUAL DOBLE PLACA CON TORNILLO DE EXPANSION 2017	$ 39.000	$ -	$ 27.300
21	054969	14/11/18	14/11/18	TANIA BELTRAN VARGAS	1028780374	893106-11	1	CUOTA INICIAL ORTODONCIA 18 MESES 2017	$ 162.400	$ -	$ 113.680
22	054970	14/11/18	14/11/18	VALERIE ROMERO	1019996340	893106-25	1	APARATOS FUNCIONALES Y/O ACTIVADORES CONTROL MENSUAL	$ 35.000	$ -	$ 24.500
23	054972	14/11/18	14/11/18	ANDREY CAMAYO	1024495037	893106-46	1	CONTROL MENSUAL DOBLE PLACA CON TORNILLO DE EXPANSION 2017	$ 39.000	$ -	$ 27.300
24	055304	14/11/18	14/11/18	LAURA ABRIL	1016085106	893106-13	1	CONTROL MENSUAL ORTODONCIA 18 MESES 2017	$ 55.000	$ -	$ 38.500
25	033496	19/11/18	19/11/18	YORLADY GOMEZ	24729468	893106-13	1	CONTROL MENSUAL ORTODONCIA 18 MESES 2017	$ 55.000	$ -	$ 38.500
26	033497	19/11/18	19/11/18	ALLISON CASTILLO	1000331152	893106-9	1	CONTROL ORTODONCIA PLAN 18 MESES NUEVO CUOTA INICIAL	$ 39.000	$ -	$ 27.300
27	034044	19/11/18	19/11/18	NELSON SAMACA	8000540	893106-13	1	CONTROL MENSUAL ORTODONCIA 18 MESES 2017	$ 55.000	$ -	$ 38.500
28	034045	19/11/18	19/11/18	ANA MERCEDES DIAZ	39757413	893106-11	1	CUOTA INICIAL ORTODONCIA 18 MESES 2017	$ 162.400	$ -	$ 113.680
29	034909	19/11/18	19/11/18	ANGIE VIGOYA	1015999966	893106-13	1	CONTROL MENSUAL ORTODONCIA 18 MESES 2017	$ 55.000	$	$ 38.500
30	054981	19/11/18	19/11/18	TATIANA BEJARANO	1000513703	893106-13	1	CONTROL MENSUAL ORTODONCIA 18 MESES 2017	$ 55.000	$ -	$ 38.500
31	055306	19/11/18	19/11/18	ALEJANDRA SANCHEZ	1016084524	893106-8	1	CONTROL ORTODONCIA PLAN 12 MESES NUEVO CONTROL MENSUAL	$ 49.000	$ -	$ 34.300
32	2379365	19/11/18	19/11/18	CHELSY AVILA	1000285732	ORTO03	1	CONTROL MENSUAL TECNICA ROTH 18 MESES	$ 55.000	$	$ 38.500
33	2379906	19/11/18	19/11/18	KAREN BERNAL	1000379947	ORTO04	1	CONTROL MENSUAL TECNICA ROTH 24 MESES	$ 43.000	$ -	$ 30.100
34	2379928	19/11/18	19/11/18	LAURA RAMOS MARTINEZ	1000514477	ORTO03	1	CONTROL MENSUAL TECNICA ROTH 18 MESES	$ 55.000	$	$ 38.500
35	2378859	19/11/18	19/11/18	PAULA RODRIGUEZ	1022440802	ORTO07	1	CONTROL ORTODONCIA PLAN ANTIGUO 24 MESES	$ 39.000	$ -	$ 27.300
36	2379983	19/11/18	19/11/18	MAICOL SAMACA	1000522813	ORTO03	1	CONTROL MENSUAL TECNICA ROTH 18 MESES	$ 55.000	$	$ 38.500
37	030586	21/11/18	21/11/18	DANIEL MURCIA	79988909	893106-13	1	CONTROL MENSUAL ORTODONCIA 18 MESES 2017	$ 55.000	$	$ 38.500
38	2389174	21/11/18	21/11/18	LUIS ALBERTO AYALA	1000515306	ORTO04	1	CONTROL MENSUAL TECNICA ROTH 24 MESES	$ 43.000	$ -	$ 30.100
39	2389243	21/11/18	21/11/18	EMILY SOLORZANO	1016040568	ORTO07	1	CONTROL ORTODONCIA PLAN ANTIGUO 24 MESES	$ 39.000	$	$ 27.300
40	2389316	21/11/18	21/11/18	JORGE MEDINA	1016080432	ORTO06	1	CONTROL ORTODONCIA PLAN ANTIGUO 18 MESES	$ 49.000	$ -	$ 34.300
41	2389356	21/11/18	21/11/18	ESTEBAN TEUTA RODRIGUEZ	1000327831	ORTO03	1	CONTROL MENSUAL TECNICA ROTH 18 MESES	$ 55.000	$ -	$ 38.500
42	2389496	21/11/18	21/11/18	NATALIA AYALA LOZADA	1013603750	ORTO04	1	CONTROL MENSUAL TECNICA ROTH 24 MESES	$ 43.000	$	$ 30.100
43	2390646	21/11/18	21/11/18	JUAN CAMILO PRIETO	1148124949	ORTO07	1	CONTROL ORTODONCIA PLAN ANTIGUO 24 MESES	$ 39.000	$	$ 27.300
44	2391348	21/11/18	21/11/18	MARIA OCAMPO OROZCO	51712810	ORTO03	1	CONTROL MENSUAL TECNICA ROTH 18 MESES	$ 55.000	$	$ 38.500
45	2391580	21/11/18	21/11/18	ANA MARIA CIFUENTES	1000214601	ORTO06	1	CONTROL ORTODONCIA PLAN ANTIGUO 18 MESES	$ 49.000	$	$ 34.300
46	2391862	21/11/18	21/11/18	CARMINA ELEJALDE OSSA	39756233	ORTO04	1	CONTROL MENSUAL TECNICA ROTH 24 MESES	$ 43.000	$	$ 30.100
47	2394437	21/11/18	21/11/18	JOHAN PEÑA MORENO	1028900824	ORTO18	1	CONTROL MENSUAL APARATOLOGIA REMOVIBLE	$ 39.000	$ -	$ 27.300
48	2394478	21/11/18	21/11/18	MARCELA GALLEGO GARCIA	52315410	ORTO04	1	CONTROL MENSUAL TECNICA ROTH 24 MESES	$ 43.000	$	$ 30.100
49	2394916	21/11/18	21/11/18	JUAN ESTEBAN PULIDO	1022363406	ORTO18	1	CONTROL MENSUAL APARATOLOGIA REMOVIBLE	$ 39.000	$ -	$ 27.300
50	2394990	21/11/18	21/11/18	VALENTINA SANCHEZ	1014875290	ORTO07	1	CONTROL ORTODONCIA PLAN ANTIGUO 24 MESES	$ 39.000	$ -	$ 27.300
51	2395065	21/11/18	21/11/18	ESTEFANIA GUERRERO	1000338150	ORTO05	1	CONTROL ORTODONCIA PLAN ANTIGUO 12 MESES	$ 65.000	$	$ 45.500
52	2395538	21/11/18	21/11/18	DANIELA MARTINEZ RUIZ	1019991498	ORTO04	1	CONTROL MENSUAL TECNICA ROTH 24 MESES	$ 43.000	$	$ 30.100
53	2395711	21/11/18	21/11/18	ERIKA SANCHEZ ALVAREZ	1016102123	ORTO07	1	CONTROL ORTODONCIA PLAN ANTIGUO 24 MESES	$ 39.000	$	$ 27.300
54	2395814	21/11/18	21/11/18	ANGIE RODRIGUEZ	1014737093	ORTO03	1	CONTROL MENSUAL TECNICA ROTH 18 MESES	$ 55.000	$	$ 38.500
55	2431307	26/11/18	26/11/18	LUISA FERNANDA CANCHON	1001186792	ORTO03	1	CONTROL MENSUAL TECNICA ROTH 18 MESES	$ 55.000	$ -	$ 38.500
56	2431996	26/11/18	26/11/18	SAMUEL PAEZ CORTES	1000727374	ORTO03	1	CONTROL MENSUAL TECNICA ROTH 18 MESES	$ 55.000	$ -	$ 38.500
57	2433306	26/11/18	26/11/18	HEIDY MONCADA MORTIGO	1000522997	ORTO13	1	PLACA DE LEVANTAMIENTO DE MORDIDA NUEVO	$ 134.400	$ 40.000	$ 66.080
58	2433365	26/11/18	26/11/18	ESTAFANY RODRIGUEZ PARDO	1030576913	ORTO02	1	COLOCACION DE APARATOLOGIA FIJA PARA ORTODONCIA	$ 162.400	$ -	$ 113.680
59	2433601	26/11/18	26/11/18	CRISTIAN VEGA	1000689542	ORTO03	1	CONTROL MENSUAL TECNICA ROTH 18 MESES	$ 55.000	$ -	$ 38.500
60	2433661	26/11/18	26/11/18	DANIEL ZOLAQUE	1012419000	ORTO18	1	CONTROL MENSUAL APARATOLOGIA REMOVIBLE	$ 39.000	$	$ 27.300
61	2434175	26/11/18	26/11/18	JENNIFER MOYANO	1016593045	ORTO03	1	CONTROL MENSUAL TECNICA ROTH 18 MESES	$ 55.000	$ -	$ 38.500
62	2435009	26/11/18	26/11/18	YASELEYDY SERRANO NARANJO	1016081953	ORTO04	1	CONTROL MENSUAL TECNICA ROTH 24 MESES	$ 43.000	$	$ 30.100
63	2436216	26/11/18	26/11/18	KAROL OTALORA	1056955976	ORTO07	1	CONTROL ORTODONCIA PLAN ANTIGUO 24 MESES	$ 39.000	$	$ 27.300
64	2436395	26/11/18	26/11/18	MARTIN RODRIGUEZ	1019996087	ORTO18	1	CONTROL MENSUAL APARATOLOGIA REMOVIBLE	$ 39.000	$	$ 27.300
65	2437550	26/11/18	26/11/18	ERIKA MOSQUERA	1016059443	ORTO03	1	CONTROL MENSUAL TECNICA ROTH 18 MESES	$ 55.000	$	$ 38.500
66	2437800	26/11/18	26/11/18	CANDY HERNANDEZ	1000323217	ORTO03	1	CONTROL MENSUAL TECNICA ROTH 18 MESES	$ 55.000	$	$ 38.500
67	2437935	26/11/18	26/11/18	WILLIAM TIBADUIZA	80009102	ORTO03	1	CONTROL MENSUAL TECNICA ROTH 18 MESES	$ 55.000	$	$ 38.500
											$ -
											$ -
											$ -
						TOTALES			$ 4.061.400	$ 149.000	$ 2.738.680
						TOTAL A PAGAR POR LABORATORIO				$ 149.000	
						TOTAL PORCENTAJE A PAGAR					$ 2.738.680
						TOTAL A PAGAR ESPECIALISTA				$ 2.887.680	

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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2018-10	2018-10	I	15/11/2018	31219059	$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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	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. Autorización	Valor										
14-28	ARP Sura	800256161-9	19.100				19.100	0	0	19.100			191	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
Pensión	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 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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2018-10	2018-10	I	15/11/2018	31219059	$241.800	

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	781.242	125.000	0	0	0	0	EPS001	781.242	97.700	14-28	781.242	3	19.100		0	0	0	0	0	0	0	0

Este documento esta 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	
31219059	15/11/2018		2018/11/19	387118697	EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2018-10	2018-10	N		31267554	TOTAL A PAGAR	
					$120.300	

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	48.600	0		0		0	0	0	0	48.600	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	62.200	0	0	0	0	0	0		62.200	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. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-28	ARP Sura	800256161-9	9.500				9.500	0	0	9.500			95	9.500	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	48.600	48.600
Pensión	1	62.200	62.200
Riesgos Laborales	1	9.500	9.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	120.300	120.300

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		
UNICA	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
31219059	15/11/2018				EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2018-10	2018-10	N		31267554	$120.300

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza exterior	Encasado	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	GARZÓN ESPINEL PAULA ANDREA	59	0			N																	230201	1.170.000	187.200	0	0	0	0	EPS001	1.170.000	146.300	14-28	1.170.000	3	28.600		0	0	0	0	0	0	0	0

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