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	2/15/2018	
	Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	YULI ANDREA MONROY CLAVIJO							
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	53116811		
CORREO ELECTRONICO:	yamonroy@fucsalud.edu.co				CELULAR:	6491535-3113595789		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	LABORATORIO ANATOMIA PATOLOGICA OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	KE10L01	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	550488418773070					PENSIONADO	NO	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO	2310			VIGENCIA		2022	
NÚMERO DE CDP	143	FECHA	2023-01-17 16:18:14.000	NÚMERO DE CRP	6333	FECHA	2023-01-17 20:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	HISTOTECNOLOGA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2023-01-01		2023-01-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$2,197,218				
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial		RESERVA DE GLOSA 0%		N/A		

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:	$26,366,616
VALOR EJECUTADO	$26,366,616
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,197,218
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
64418746	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Enero de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia certificada Subred Suroccidente

Cuenta No. 91108

NOMBRE	DOCUMENTO	CORREO	CELULAR	BANCO	TIPO DE CUENTA	NO. DE CUENTA
YULI ANDREA MONROY CLAVIJO	53116811	yamonroy@fucsalud.edu.co	6491535-3113595789	BANCO DAVIVIENDA S.A	AHORRO	550488418773070

PERIODO	SUPERVISOR	CONTRATO CDP / CRP	CENTROS DE COSTO	DOCUMENTO EQUIVALENTE	NO. PLANILLA	PLANILLA
2023-01-01 / 2023-01-31	LUDDY ORIETTA MARTIN BACCI	2310 143 / 6333	• KE10L01 - 100 %	• EQUIVALENTE-53116811-20230116042704-DOCUMENTO EQUIVALENTE yuli enero 2023.pdf	64418746	• PLANILLA-53116811-20230116042704-planilla para enero (diciembre 22).pdf

NOMBRE	DOCUMENTO	CORREO	CELULAR	BANCO	TIPO DE CUENTA	NO. DE CUENTA
VALOR TOTAL MAS ADICIONES		VALOR EJECUTADO	VALOR A PAGAR	VALOR A LIBERAR	SALDO POR EJECUTAR	PORCENTAJE DE EJECUCIÓN
$26,366,616		$26,366,616	$2,197,218		$0	100%

ID	OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
479559	Garantizar la calidad de los servicios ofrecidos (idoneidad humana, moral y técnica) y desarrollar las obligaciones que se generen directa e indirectamente del objeto contractual	• Todas las actividades relacionadas con el procesamiento macroscópico y con el procesamiento histológico (inclusión, corte, coloración, montaje y organización de preparaciones histológicas) de muestras recibidas en el Laboratorio de Patología; realización de coloraciones especiales requeridas, archivo diario de bloques de parafina y láminas. Realizar control de calidad de coloraciones.	• Casetes de inclusión con cortes de tejidos, bloques y láminas con tejidos incluidos para su estudio. Coloraciones especiales. Archivo organizado. Diligenciamiento diario del libro de control de coloraciones del servicio.

NOMBRE	DOCUMENTO	CORREO	CELULAR	BANCO	TIPO DE CUENTA	NO. DE CUENTA
479560	Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación		• Recepción de muestras y radicación de estas en el Sistema de Información con control de códigos de facturación. Control de la productividad diaria de los casos que llegan al servicio de Patología Diligenciamiento diario del formato de muestras con inconsistencias detectadas. Apoyo en el proceso de Gestión documental de láminas histológicas y bloques de parafina.		• Muestras radicadas en el Laboratorio. Formatos elaborados y entregados al líder del laboratorio. Archivo de gestión documental organizado. Base de datos de inconsistencias detectadas en muestras de patología diligenciada.	
479561	Participar activamente en los procesos de acreditación, habilitación y sistema integrado de gestión que adelante la Subred, y apoyar estos procesos con la información y/o documentación que sea requerida, según el área a que corresponda.		• Participar en la totalidad de las capacitaciones convocadas relacionadas con acreditación, habilitación y sistema integrado de gestión de la Subred y cumplir con las tareas o actividades derivadas.		• Actas, listas de asistencia firmadas de eventos y capacitaciones convocadas relacionadas con acreditación, habilitación y sistema integrado de gestión de la Subred.	
479562	Conocer y aplicar las políticas institucionales.		• Aplicar las políticas establecidas por la Institución en el desarrollo de las actividades.		• Cumplimiento de las políticas institucionales en el desarrollo de las actividades.	

NOMBRE	DOCUMENTO	CORREO	CELULAR	BANCO	TIPO DE CUENTA	NO. DE CUENTA
479563	Pagar sus aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los tiempos establecidos para tal fin. El incumplimiento de esta obligación o la falsedad en la misma será causal de terminación del contrato.		• Pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral mensual dentro del tiempo establecido.		• Planillas de pago de aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral mensual.	
479564	Cumplir con la adherencia a las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales.		• Conocimiento y cumplimiento de las tareas y/o actividades establecidas en los procedimientos e instructivos del Laboratorio de Patología, los cuales se encuentran publicados en el aplicativo Almera para su consulta.		• Adherencia a las tareas y/o actividades relacionadas de los procedimientos e instructivos del Laboratorio.	
479565	Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos, documentos o bienes muebles entregados a título de préstamo para la ejecución de las actividades propias del objeto del presente contrato.		• Cuidado de los recursos y equipos asignados para el desarrollo de sus actividades.		• Equipos y bienes muebles asignados en adecuadas condiciones.	

NOMBRE	DOCUMENTO	CORREO	CELULAR	BANCO	TIPO DE CUENTA	NO. DE CUENTA
479566	Asistir y aprobar los procesos de actualización presenciales y virtuales, Inducción y/o reinducción, programados por el CONTRATANTE y por las entidades autorizadas por éste, con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades y obligaciones contractuales.		• Asistir y aprobar los procesos de actualización, Inducción y/o reinducción, determinados por la institución.		• Cursos o actualizaciones aprobados, listas de asistencia, encuestas diligenciadas.	
479567	Cumplir con los planes de emergencia Institucionales y normas del Sistema General de Riesgos Laborales procurando el cuidado integral de su salud, contando con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada e informando a la Subred Sur la ocurrencia de incidentes o accidentes durante la ejecución del contrato.		• Utilizar elementos de protección personal requeridos en el desarrollo de sus actividades y cumplimiento de las normas del Sistema General de Riesgos Laborales, participar en los simulacros de emergencias programados.		• Uso de los elementos de protección personal requeridos en el desarrollo de sus actividades, cumpliendo con las normas establecidas de seguridad en el trabajo.	

NOMBRE	DOCUMENTO	CORREO	CELULAR	BANCO	TIPO DE CUENTA	NO. DE CUENTA
479568	Conocer, promover y aplicar las Normas de Gestión Ambiental y residuos hospitalarios, haciendo uso eficiente de los insumos puestos a su disposición, así como de los recursos de agua y energía y contribuir con el reciclaje.		• Segregación de los desechos anatomopatológicos; segregación adecuada en los recipientes correspondientes de los residuos ordinarios y los de reciclaje; segregación de los residuos de reactivos y colorantes en los envases determinados y según procedimientos estipulados. Control de reactivos e insumos del laboratorio de Histotecnia. Control de Kardex de insumos y reactivos de Histotecnia.		• Residuos anatomopatológicos, residuos biosanitarios y residuos químicos debidamente segregados en los recipientes correspondientes, teniendo en cuenta las normas de gestión ambiental y de residuos hospitalarios. Reactivos semaforizados. Diligenciar formatos según corresponda para entrega de residuos quimicos	
479569	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred		• Contribuir al reporte de los casos de eventos considerados de notificación obligatoria en el Laboratorio de Patología (neoplasias malignas), identificando en el momento de radicación, las muestras consideradas prioritarias para su priorización en el procesamiento en caso de exceder la capacidad diaria instalada		• Orden de solicitud de patología de casos críticos identificados con prioritarios. Formato de Identificación de Casos críticos notificados a Gestión del Riesgo; indicador mensual de casos críticos reportados oportunamente en el Laboratorio de Patología, publicado en el Aplicativo Almera.	

NOMBRE	DOCUMENTO	CORREO	CELULAR	BANCO	TIPO DE CUENTA	NO. DE CUENTA
479570	. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.		• Cumplir con las actividades asignadas con relación al objeto del contrato. Producto:		• Cumplimiento de las actividades asignadas.	
479571	Cumplir con las Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones, Circular de cualquier órgano externo o Reglamento Interno, Código o Directriz Interna de la E.S.E que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato.		• Dar cumplimiento a las circulares, resoluciones, etc., establecidas por la institución.		• Cumplimiento de los lineamientos establecidos en las circulares, resoluciones, acuerdos, etc.	
479572	Participar activamente en los procesos de acreditación, habilitación y sistema integrado de gestión que adelante la Subred, y apoyar estos procesos con la información y/o documentación que sea requerida, según el área a que corresponda.		• Realizar las tareas asignadas para cumplir con los procesos de acreditación y habilitación y proporcionar la información o documentación requerida con relación a estos procesos.		• Información requerida relacionada con los procesos de acreditación y habilitación del Laboratorio de Patología.	

NOMBRE	DOCUMENTO	CORREO	CELULAR	BANCO	TIPO DE CUENTA	NO. DE CUENTA
479573	. Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones del presente contrato, si a ello hubiere lugar.		• Autorizar el descuento de los valores que se generen por glosas definitivas no subsanables aplicadas en contra de la E.S.E. y con ocasión del desarrollo de sus actividades si hubiese lugar.		• No se generaron glosas durante el desarrollo de las actividades.	
479574	Cumplir con la adherencia a las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales.		• Conocimiento y cumplimiento de las tareas y/o actividades establecidas en los procedimientos e instructivos del Laboratorio de Patología, los cuales se encuentran publicados en el aplicativo Almera para su consulta.		• Adherencia a las tareas y/o actividades relacionadas de los procedimientos e instructivos del Laboratorio.	
479575	Ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones emitidas por los órganos externos, supervisor del contrato y/o directrices internas.		• Ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento generadas en el servicio de acuerdo a su competencia.		• Acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento generados relacionados a su competencia.	

NOMBRE	DOCUMENTO	CORREO	CELULAR	BANCO	TIPO DE CUENTA	NO. DE CUENTA
479576	Preparar y presentar conforme a su competencia los informes, solicitudes, peticiones y/o respuestas, requeridas por las entidades públicas o privadas; dentro de los términos de ley, garantizando la veracidad, oportunidad y confidencialidad de los mismos.		• Dar respuesta a informes, solicitudes, peticiones y/o respuestas, de acuerdo a su competencia, en caso de ser requerida.		• Respuesta a solicitud requerida	
479577	Realizar todas aquellas actividades necesarias tendientes al cabal cumplimiento del objeto del negocio jurídico e informar de manera oportuna las dificultades que se presenten en la ejecución de las responsabilidades asignadas.		• Información oportuna al Supervisor de las dificultades que se presenten en la ejecución de las responsabilidades asignadas.		• Informe de las dificultades presentadas en la ejecución de las responsabilidades asignadas en caso de presentarse.	

NOMBRE	DOCUMENTO	CORREO	CELULAR	BANCO	TIPO DE CUENTA	NO. DE CUENTA
479578	El CONTRATISTA se compromete a salvaguardar la imagen institucional. Cualquier actuación o pronunciamiento alguno que hiciere sin el conocimiento y consentimiento de la E.S.E, que comprometa el buen nombre la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. o de cualquiera de sus Unidades de Prestación de Servicios de Salud, será motivo de terminación del contrato.		• Salvaguardar el buen nombre de la institución, evitando actuaciones o pronunciamientos que comprometan el buen nombre de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.		• Actuaciones que no alteren la imagen institucional.	

NOMBRE	DOCUMENTO	CORREO	CELULAR	BANCO	TIPO DE CUENTA	NO. DE CUENTA
479579	En caso de ser designado como apoyo a la supervisión de un contrato, en atención a su competencia, experticia técnica, formación académica y/o idoneidad del perfil para el cumplimiento de un proyecto o convenio, o en caso de ser insuficiente el personal de planta para tal actividad, el CONTRATISTA se compromete a realizar las gestiones necesarias tendientes al cabal cumplimiento técnico, administrativo y financiero del negocio jurídico encomendado, respondiendo fiscal, disciplinaria y penalmente por el manejo de los recursos y actividades que ello conlleve.		• Realizar apoyo a la supervisión de un contrato en caso de ser requerido.		• Durante la ejecución del contrato, no fue designado como apoyo a la supervisión de un contrato.	
479580	El CONTRATISTA, cuando exista una necesidad fundamental en el marco de situaciones de emergencia donde tenga que intervenir el sector salud, debe garantizar la atención médica y/o apoyo a la misma al ser consecuencia lógica de la misión médica.		• Prestar apoyo requerido cuando exista una necesidad fundamental en el marco de situaciones de emergencia de la misión médica.		• Durante la ejecución del contrato, no se presentaron situaciones de emergencia que requirieron apoyo.	

NOMBRE	DOCUMENTO	CORREO	CELULAR	BANCO	TIPO DE CUENTA	NO. DE CUENTA
479581	Una vez terminado el contrato, por terminación del plazo de ejecución o anticipadamente, el contratista se obliga a dar trámite de paz y salvo por todo concepto con la Entidad, el cual deberá allegar con la última cuenta de cobro, so pena de no certificar el último servicio recibido.		• Realizar todos los trámites relacionados con la obtención de los Paz y Salvos establecidos por la Institución.		• Contrato en ejecución, por lo que no se requieren los trámites de paz y salvo necesarios en la terminación de un contrato.	
479582	Si el CONTRATISTA desarrolla actividades en los servicios ambulatorios, hospitalarios, urgencias y/o complementarios, como Médico, Médico Especialista, Odontólogo, Odontólogo Especialista, Profesional en Enfermería o Bacteriólogo, se obliga a constituir y mantener vigente Garantía o Póliza de Responsabilidad Civil Profesional para Profesiones Médicas y Profesionales de la Salud, expedida por entidad legalmente autorizada, la cual será solicitada por la entidad en el momento que se requiera su soporte.		• El perfil del contratista no se relaciona con las actividades descritas en esta obligación.		• Al perfil no le aplica constituir o mantener vigente Garantía o pólizas de responsabilidad civil Profesional.	

NOMBRE	DOCUMENTO	CORREO	CELULAR	BANCO	TIPO DE CUENTA	NO. DE CUENTA
479583	El CONTRATISTA se obliga a realizar actividades de Docencia Servicio e investigación cuando lo requiera la Subred de acuerdo al procedimiento establecido para ello.		• Realizar actividades de Docencia Servicio e investigación en caso de ser requeridas sobre temas relacionados con su competencia.		• Durante la ejecución del contrato no se realizaron actividades de Docencia Servicio e investigación.	
479584	El CONTRATISTA se obliga a prevenir el abuso y el acoso sexual, a denunciar cuando tenga conocimiento de casos de violencias basadas en género y hacer un uso no sexista del lenguaje.		• Cumplir con la normatividad vigente relacionada con el abuso y acoso sexual.		• Durante la ejecución del contrato no se detectaron casos relacionados con el abuso y acoso sexual.	

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

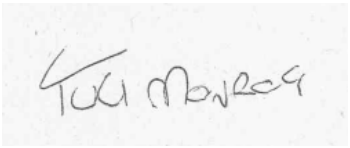
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

YULI ANDREA MONROY CLAVIJO

C.C 53116811 DE BOGOTÁ

La suma de 2.197.218 por concepto de: Honorarios como Histotecnologa, durante el periodo de 01 al 31 de enero de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2310-2022



_____

YULI ANDREA MONROY CLAVIJO

C.C. 53116811 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 0550488418773070

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	53116811	YULI ANDREA MONROY CLAVIJO	calle 66 72a-50 int 2 apto 505	3113595789	yamc05@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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-12	2022-12	I	02/01/2023	64418746	$315.400	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	125.000	0		0		0	0	0	0	125.000	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	800224808-8	160.000	0	0	0	0	0	0		160.000	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	24.400				24.400	0	0	24.400			244	24.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	6.000	0	0	6.000	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	125.000	125.000
Pensión	1	160.000	160.000
Riesgos Laborales	1	24.400	24.400
CCF	1	6.000	6.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	315.400	315.400

PAGADA

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	53116811	YULI ANDREA MONROY CLAVIJO		calle 66 72a-50 int 2 apto 505	3113595789	yamc05@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	
2022-12	2022-12	I	02/01/2023	64418746	$315.400	

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	Estornado	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	53116811	MONROY CLAVIJO YULI ANDREA	59	0			N																	230301	1.000.000	160.000	0	0	0	0	EPS008	1.000.000	125.000	14-11	1.000.000	3	24.400	CCF24	1.000.000	6.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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