	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTIÓN CONTRACTUAL
Invima	**FORMATO CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO E INFORME DE SUPERVISIÓN**		
	Código: GAD-GCT-FM24	Versión: 01	Fecha de emisión: 2022-02-01

1. DATOS GENERALES

CONTRATISTA	**JESSICA LIZETH SOCHA IBAÑEZ**	**NIT/ CC No.**	1020761693 -2
CORREO ELECTRÓNICO	jsochal@invima.gov.co	**TELÉFONO**	3203292583
TIPO DE CONTRATO	Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión	**(En caso de Otro tipo de Cto Indique cuál)**	
No. CONTRATO	No. 1037 DE 2023	**TERMINO DE EJECUCIÓN**	2023-12-29
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar los servicios profesionales especializados para apoyar técnicamente en el proceso de auditorías de certificación en buenas prácticas de manufactura de los establecimientos y productos vigilados por el Instituto emitiendo concepto técnico de acuerdo con las normas vigentes y procedimientos de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - Invima.		

FECHA DE SUSCRIPCIÓN	2023-08-24	**FECHA DE INCIO**	2023-08-24	**FECHA DE TERMINACIÓN**	2023-12-29

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 23.190.569,00	**SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO**	$ 23.190.569	**VALOR A PAGAR**	$ 5.521.564
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	$ 17.669.005	**VALOR PAGADO**	5.521.564	**No. PAGO QUE SE CERTIFICA**	(PAGO 01)
TIPO DE PAGO	PARCIAL	**FACTURA / CUENTA N°.**	NA	**PERIODO OBJETO DE PAGO**	(24 de agosto del 2023 al 23 de septiembre del 2023)
BANCO	BANCOLOMBIA	**TIPO DE CUENTA**	Ahorros	**No DE CUENTA**	16868350974

2. OBSERVACIONES DEL CONTRATO

(Indicar las adiciones, prorrogas, modificaciones, suspensiones, etc., que haya tenido el contrato. También podrá indicar lugar de ejecución y área de intervención cuando sea el caso)

3. SOPORTES DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES

En mi calidad de supervisor (a) del contrato, luego de revisar y analizar las actividades realizadas por el contratista, certifico el cumplimiento a satisfacción de las obligaciones contractuales para el presente pago y de la entrega de los soportes que lo acreditan:

Señale los documentos o soportes adjuntos al presente formato

Informe de actividades	SI		**Facturas**	N/A	
Pago Parafiscales	NO		**Ingreso a Almacén**	N/A	
SGSSI	SI		**Documentos a cargo**	N/A	
Carné	NO		**Otros. Cuales?**	N/A	

indique las observaciones respectivas

4. RELACIÓN DEL PAGO APORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

NÚMERO DE PLANILLA	9454498159 (AGOSTO) / 9455859932 (SEPTIEMBRE)			
ITEM	**PERIODO DE PAGO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	**ENTIDAD**
SALUD	AGO-2023 / SEP-2023	2023-08-22 / 2023-09-04	$ 276.100 / $ 276.100	EPS SURA
PENSIÓN	AGO-2023 / SEP-2023	2023-08-22 / 2023-09-04	$ 353.400 / $ 353.400	COLPENSIONES
ARL	AGO-2023 / SEP-2023	2023-08-22 / 2023-09-04	$ 53.900 / $ 53.900	ARL POSITIVA

Nota: Los parafiscales corresponden a Sena, ICBF, Caja de compesación según el caso; SGSSI que corresponde a salud, pensión y riesgos laborales. ***Se debe anexar los pagos o planillas.***

5. INFORME PARCIAL DE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL

(El supervisor deberá realizar un informe respecto de la ejecución del contrato en la casilla correspondiente al tipo de contrato)

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

1. Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas.
2. Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.
3. Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el informe de actividades, correspondiente al periodo de cobro, objeto de la presente certificación.

En caso de no cumplir con las obligaciones establecidas en el contrato el supervisor debe tener en cuenta el numeral 22 y siguientes del Manual de Supervisión e Interventoria GAD-GCT-MN2 y el numeral 7.8 del Manual de Contratación GAD-GCT-MN1.

Fecha de expedición de la presente certificación:	**AAAA**	**MM**	**DD**
	2023	10	12

ELDY YOHANA MEIRA PRECIADO
Coordinadora Grupo Técnico de Medicamentos y Productos Biológicos
Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos

Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal	
Nombre	
Fecha de revisado:	
Consecutivo:	

NOTA 1. Los supervisores deberán allegar los informes y toda la documentación que se deriven de la ejecución del presente contrato al expediente contractual.
NOTA 2. Los supervisores una vez se cumpla el plazo de ejecución del contrato, deberán elaborar el informe final de supervisión, de acuerdo con lo señalado en el manual de Interventoria y Supervisión GAD-GCT-MN2.

invima	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTIÓN CONTRACTUAL	
	FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA			
	Código: GAD-GCT-FM9	Versión: 01	Fecha de emisión: 2022/02/01	

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO				
No. CONTRATO	1037-2023			
CONTRATISTA:	Jessica Lizeth Socha Ibañez		NIT / C.C No. :	1020761693-2
OBJETO CONTRACTUAL:	Prestar los servicios profesionales especializados para apoyar técnicamente en el proceso de auditorías de certificación en buenas prácticas de manufactura de los establecimientos y productos vigilados por el Instituto emitiendo concepto técnico de acuerdo con las normas vigentes y procedimientos de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - Invima.			
VALOR DEL CONTRATO	VEINTITRES MILLONES CIENTO NOVENTA MIL QUINIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS M/CTE ($23.190.569,00).			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	2023-08-23		PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS	126 días
FECHA DE INICIO:	2023-08-24		FECHA DE TERMINACIÓN:	2023-12-29
FECHA PERIODO DE PAGO.	DE:	2023-08-24	HASTA:	2023-09-23
PAGO NÚMERO:	01		DEPENDENCIA:	DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	ELDY YOHANA NEIRA PRECIADO Coordinadora Grupo Técnico de Medicamentos y Productos Biológicos Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos.			

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS
1	Apoyar en el desarrollo de auditorías y certificaciones de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM), Buenas Prácticas de Elaboración (BPE) y/o Buenas Prácticas de Laboratorio (BPL) a los establecimientos que fabriquen, procesen, envasen, analicen, importen, acondicionen, almacenen, distribuyan, comercialicen productos farmacéuticos, presten servicios de salud con medicamentos en seres humanos, que sean de competencia de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos, apoyando así mismo la emisión del respectivo acto administrativo que otorga la certificación de BPx.	Auditoria en visitas de certificación BPx: 1. **BLAU FARMACEUTICA S.A.** del 28 al 30 de agosto de 2023, aBPL. 2. **ASISFARMA TEQUENDAMA CALI** el 07 de septiembre de 2023, rBPE. 3. **HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS ESE RIONEGRO** del 11 al 14 de septiembre de 2023, BPE.	Radicados Invima Nos./Actas generadas/archivo en expedientes: 1. 20231010013 del 23/01/2023, Acta de inspección del 30 de agosto de 2023, expediente 204EL. 2. 20231172480 del 30/06/2023, Acta de inspección del 07 de septiembre de 2023, expediente 1757S. 3. 20221280332 del 30/12/2022, Acta de inspección del 14 de septiembre de 2023, expediente 1960S.

2	Apoyar la ejecución de las auditorias de verificación de requerimientos y/o revisión documental de verificación de requerimientos de la certificación en Buenas Prácticas, que se necesiten por la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos, con el fin de cumplir con las condiciones de acuerdo a los requisitos establecidos en la normatividad vigente.	No fueron asignados.	N.A.
3	Apoyar en el diligenciamiento de las bases de datos, aplicativos y sistemas de información, establecidos en el Grupo Técnico de Medicamentos de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos.	Se diligencia la base de datos de los establecimientos certificados en BPx: 1. BLAU FARMACEUTICA S.A., aBPL. 2. ASISFARMA TEQUENDAMA CALI, rBPE. 3. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS ESE RIONEGRO, cBPE.	Expediente actualizado en la base de datos de los establecimientos certificados en BPx: 1. 204EL. 2. 1757S. 3. 1960S.
4	Generar los documentos consecuentes de la realización de visitas de certificación de Buenas Prácticas correspondientes.	Se generan los siguientes documentos resultantes de las visitas de certificación BPx: Actas de inspección: 1. **BLAU FARMACEUTICA S.A.** Acta de inspección aBPL del 28 al 30 de agosto de 2023. 2. **ASISFARMA TEQUENDAMA CALI** Acta de inspección rBPE del 07 de septiembre de 2023. 3. **HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS ESE RIONEGRO** Acta de inspección cBPE del 11 al 14 de septiembre 2023.	Se archivan las actas de inspección y resoluciones en los expedientes respectivos: 1. 204EL. 2. 1757S. 3. 1960S. Se archivan copias de las actas en carpeta física ubicada en piso 4 del Grupo Técnico de Medicamentos, marcada como *"consecutivo de actas agosto-septiembre 2023".*
5	Apoyar en la solución de las inquietudes y/o peticiones presentadas por los usuarios a través de los distintos canales del Instituto, con relación al	Atención de: 1. Proyección de correspondencia y derechos de petición: 7	Radicados Invima Nos.: 1. 20231225581, 20232037877, 20231240306, 20231241282,

	procedimiento de auditorías de certificación y trámites asociados, aportando los soportes correspondientes.	2. Atención al usuario: 1	20231242218, 20231243711, 20231110873. 2. Formato de atención al ciudadano - registro de reunión: *15/09/2023 8:20am Cita N° 37521 ECOMEDICS (CLEVER LEAVES).
6	Brindar apoyo en la elaboración de los lineamientos técnicos, guías y formatos relacionados con las buenas prácticas de manufactura, de laboratorios y de elaboración.	No fueron asignados.	N.A.
7	Asistir a los diferentes comités que se requieren con relación al procedimiento de auditorías de certificación que le sean asignados.	Se asistieron a los siguientes comités: Reunión: 1. Capacitación legalizaciones - apostilles GTM: 2. Capacitación de Ciberseguridad	Se consigna actividad en los siguientes documentos: 1. Formato de registro de reunión 08/09/2023 02:00 pm LEGALIZACIONES - APOSTILLES GTM. 2. Formato de registro de reunión 14/09/2023 08:00 am CAPACITACIÓN DE CIBERSEGURIDAD.

Certifico que cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas.

3. VIAJES O DESPLAZAMIENTOS (CUANDO APLIQUE)

A continuación, relaciono los desplazamientos que realicé previo a la presentación de este informe Una vez finalizado cada desplazamiento presenté ante el supervisor del contrato un informe sobre las actividades realizadas. Cada informe cuenta con el visto bueno del Supervisor, se constituye en soporte de la legalización de los desplazamientos realizados y forma parte integral del presente Informe de ejecución contractual, el cual relaciono así:

ITEM	No. AUTORIZACIÓN DE VIAJE	LUGAR DE DESPLAZAMIENTO	FECHAS DE DESPLAZAMIENTOS	
			INICIO	FINALIZACIÓN
NA	268923	RIONEGRO / ANTIOQUÍA	11/09/2023	14/09/2023

4. CUMPLIMIENTO FRENTE A LA OBLIGACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL

Para el trámite de la cuenta me permito adjuntar: fotocopia o en medio magnético de la planilla, recibo de pago de aportes a salud, pensiones y ARL, correspondiente a los meses de agosto y septiembre del año 2023:

Pago No.	Valor de honorarios	Base de cotización	No. días base de cotización	Valor Pago correspondiente EPS, Pensión y ARL	No. Planilla	Planilla Expedida por (operador)
01	$ 0	$ 2.208.630	30	$ 683.400	9454498159	Aportes en línea
02	$5.797.642	$ 2.208.630	30	$ 683.400	9455859932	Aportes en línea

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	$ 23'190.569
Valor ejecutado a la fecha (Incluyendo el periodo actual).	$ 5'521.564
Saldo del contrato	$ 17'669.005

6. PUBLICACION EN LA PLATAFORMA SECOP II LAS CERTIFICACIONES DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO, INFORMES Y SOPORTES CORRESPONDIENTES

NÚMERO DE PAGO CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES PUBLICADOS	PUBLICACIÓN EN SECOP II	
	SI	NO
01	X	

Atentamente,

Firma
Nombres y apellidos del contratista: Jessica Lizeth Socha Ibáñez
Contratista
C.C. No. 1020761693

Recibí a satisfacción:

Nombres y Apellidos: ELDY YOHANA NEIRA PRECIADO
Cargo: Coordinadora Grupo Técnico de Medicamentos y Productos Biológicos
Dependencia: DIRECCION DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLOGICOS
Supervisor(a) Contrato 1037 de 2023.

DECLARACIÓN DEPURACIÓN DE LA BASE DEL CALCULO DE RETENCIÓN A TITULO DE RENTA Y AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Bogotá D.C.

Señores
INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS – INVIMA
Ciudad

Yo, Jessica Lizeth Socha Ibañez, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 1020761693, con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Ley 1819 de 2016 y el artículo 383 del Estatuto Tributario, manifiesto bajo gravedad de juramento que:

1. Pertenezco al Régimen Simple de Tributación - RST (Información de acuerdo a las responsabilidades encontradas en el RUT): SI ( ) NO (X)

2. Estoy obligado(a) a declarar renta por el año inmediatamente anterior, en los términos definidos por la normatividad vigente. SI (X) NO ( )

3. En el año anterior o en el año en curso mis ingresos brutos totales provenientes de la actividad, son inferiores a 4,000 UVT. SI (X) NO ( )

*$152,016,000 con UVT ($38,004) año 2022 * $169,648,000 con UVT ($42,412) año 2023

4. Aportes a Seguridad Social (Ley 1955 de 2019 en su artículo 244, INGRESO BASE DE COTIZACIÓN -IBC DE LOS INDEPENDIENTES. Los trabajadores independientes con ingresos netos iguales o superiores a 1 salario mínimo legal mensual vigente que celebren contratos de prestación de servicios personales, cotizarán mes vencido al Sistema de Seguridad Social Integral, sobre una base mínima del 40% del valor mensualizado del contrato, sin incluir el valor del Impuesto al Valor Agregado (IVA)). por consiguiente

   4.1. Declaro que (marque con una X): SI ( ) NO (X) tengo más ingresos a parte del ingreso proveniente del INVIMA.

   4.2. Si en la pregunta anterior marcó SI, diligencie la siguiente información:

NO.	CONTRATANTE	VALOR MENSUAL
1.		
2.		
3.		

5. Autorizo me sea aplicada una tarifa superior a la expresada en el artículo 383 del Estatuto tributario (Tarifa de Retención por Ingresos Laborales) SI ( ) NO (X);

   Favor indicar la tarifa ( )%

Si en numeral 5 marco SI diríjase a la firma, si respondió NO seguir con las preguntas de la 6 a la 9:

6. Para efectos de lo previsto en el parágrafo 2° del artículo 387 del estatuto Tributario, para el beneficio tributario de deducción por dependientes, de manera libre, espontánea, manifiesto que las siguientes personas dependen económicamente de mí y ninguna otra persona está haciendo uso de este beneficio:

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	DOCUMENTO

   Con lo anterior se solicita que en la depuración de la base de retención sea descontado el 10% de mis ingresos brutos y hasta un máximo de 32 UVT ($1,357,184) por concepto de dependientes.

7. Soy pensionado SI ( ) NO (X), según resolución No. N.A.

8. Así mismo, informo los demás conceptos requeridos para la liquidación de mi cuenta de cobro, así:

8.1. Aportes voluntarios a pensión SI ( ) NO (X): (Diferente al aporte Obligatorio) anexo certificación[1].

8.2. Aporte cuenta AFC SI ( ) NO (X): Certificación del banco y consignación realizada a la cuenta _____

8.3. Pagos adicional por salud SI ( ) NO (X) : Certificación de medicina prepagada, plan complementario o póliza de salud que detallen afiliados y valor pagado durante el año inmediatamente anterior. (Diferente al aporte Obligatorio)

8.4. Intereses de vivienda: Certificación del crédito hipotecario o leasing para adquirir vivienda expedida por la entidad financiera donde indique los intereses pagados durante el año inmediatamente anterior. SI ( ) NO (X)

8.4.1. El crédito fue tomado por más de una persona, solicito tomar solo el ( )% para la deducción.
8.4.2. Solicito que la totalidad de la deducción se tenga en cuenta en la liquidación dado que mi conyugue no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de intereses de vivienda, por el crédito hipotecario. SI ( ) NO ( )

9. Informaré oportunamente sobre cualquier cambio en el origen, proporción de mis ingresos o cambio respecto a la categoría tributaria.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

De acuerdo a los requerimientos de la Ley 1581 de 2012 y a lo establecido en la política de tratamiento y Protección de datos personales, mediante el registro de sus datos personales en el presente formulario usted autoriza al Invima para la recolección, almacenamiento y uso de los mismos con la finalidad de adelantar el trámite de su solicitud. Como Titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante el Invima por infracción a la ley, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos.

La presente manifestación se firma en la ciudad de Bogotá a los 26 días del mes de septiembre de 2023

Firma: _____
Nombres y Apellidos: Jessica Lizeth Socha Ibáñez
C.C. 1020761693

[1] El certificado con el pago de los intereses en préstamos para vivienda efectuados en el año 2022, o los certificados del pago de medicina prepagada durante el 2022, se deben entregar al empleador como máximo hasta abril 15 de 2023. Mientras tanto, hasta que le llegue este certificado, el empleador o pagador seguirá usando el mismo valor mensual que usó en las depuraciones de 2022

Certificado de Aportes

Se certifica que JESSICA LIZETH SOCHA IBAÑEZ identificado(a) con CC 1020761693 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: SOCHA IBAÑEZ JESSICA LIZETH CC 1020761693

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9455859932	135698848	I	2023-09-04	EPS	EPS010	EPS SURA (ANTES SUSALUD)	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-09	30																	
9455859932	135698848	I	2023-09-04	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-09	30																	
9455859932	135698848	I	2023-09-04	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-09	30																	
9455859932	135698848	I	2023-09-04	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-09	30																	
9454498159	113893488	I	2023-08-22	EPS	EPS010	EPS SURA (ANTES SUSALUD)	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-08	30																	
9454498159	113893488	I	2023-08-22	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-08	30																	
9454498159	113893488	I	2023-08-22	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-08	30																	
9454498159	113893488	I	2023-08-22	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-08	30																	

Este certificado se expide el día 2023-09-25 a las 08:09.

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1020761693		SOCHA IBAÑEZ JESSICA LIZETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 181c #11-29 int 7 apto 402	BOGOTA-BOGOTA D.E.	9082959	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-08	2023-08	113893488	9454498159	I	2023/09/21	2023/08/22	BANCOLOMBIA	0	$727,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$2,208,630	$353,400			$2,208,630	$276,100			$2,208,630	$44,200			$2,208,630		$53,900		$0	$0		$727,600
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$2,208,630	$353,400			$2,208,630	$276,100			$2,208,630	$44,200			$2,208,630		$53,900		$0	$0		$727,600
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$2,208,630	$353,400			$2,208,630	$276,100			$2,208,630	$44,200			$2,208,630		$53,900		$0	$0		$727,600
1	CC	1020761693 SOCHA JESSICA																		25-14	30	$2,208,630	$353,400	EPS010	30	$2,208,630	$276,100	CCF24	30	$2,208,630	$44,200	14-23	30	$2,208,630	2.436%	$53,900	30	$0	$0	No	$727,600
Total		**Afiliados(1)**																				$2,208,630	$353,400			$2,208,630	$276,100			$2,208,630	$44,200			$2,208,630		$53,900		$0	$0		$727,600

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1020761693		SOCHA IBAÑEZ JESSICA LIZETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 181c #11-29 int 7 apto 402	BOGOTA-BOGOTA D.E.	9082959	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-08	2023-08	113893488	9454498159	I	2023/09/21	2023/08/22	BANCOLOMBIA	0	$727,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$353,400	$0	$0	$353,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$353,400	$0	$0	$353,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$53,900	$0	$0	$53,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$53,900	$0	$0	$53,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$44,200	$0	$0	$44,200
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$44,200	$0	$0	$44,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$276,100	$0	$0	$276,100
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$276,100	$0	$0	$276,100
TOTAL				**1**	**$727,600**	**$0**	**$0**	**$727,600**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1020761693		SOCHA IBAÑEZ JESSICA LIZETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 181c #11-29 int 7 apto 402	BOGOTA-BOGOTA D.E.	9082959	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-09	2023-09	135698848	9455859932	I	2023/10/23	2023/09/04	BANCOLOMBIA	0	$727,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$2,208,630	$353,400			$2,208,630	$276,100			$2,208,630	$44,200			$2,208,630		$53,900		$0	$0		$727,600
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$2,208,630	$353,400			$2,208,630	$276,100			$2,208,630	$44,200			$2,208,630		$53,900		$0	$0		$727,600
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																					$2,208,630	$353,400			$2,208,630	$276,100			$2,208,630	$44,200			$2,208,630		$53,900		$0	$0		$727,600
1	CC	1020761693	SOCHA JESSICA																	25-14	30	$2,208,630	$353,400	EPS010	30	$2,208,630	$276,100	CCF24	30	$2,208,630	$44,200	14-23	30	$2,208,630	2.436%	$53,900	30	$0	$0	No	$727,600
Total		**Afiliados(1)**																			$2,208,630	$353,400			$2,208,630	$276,100			$2,208,630	$44,200			$2,208,630		$53,900		$0	$0		$727,600

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1020761693		SOCHA IBAÑEZ JESSICA LIZETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 181c #11-29 int 7 apto 402	BOGOTA-BOGOTA D.E.	9082959	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-09	2023-09	135698848	9455859932	I	2023/10/23	2023/09/04	BANCOLOMBIA	0	$727,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$353,400	$0	$0	$353,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$353,400	$0	$0	$353,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$53,900	$0	$0	$53,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$53,900	$0	$0	$53,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$44,200	$0	$0	$44,200
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$44,200	$0	$0	$44,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$276,100	$0	$0	$276,100
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$276,100	$0	$0	$276,100
TOTAL				1	$727,600	$0	$0	$727,600