Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y ANGIE JULIETH GODOY PERILLA					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1,000,830,436				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR ENFERMERÍA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1477 2024		FECHA INICIO CONTRATO	21/01/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3,591,660	PLAZO INICIAL DEL	DOS (2) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 17,389,288		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 1,921,566	
Nº DE INFORME:	Nº 10	Nº CRP:	13721	Nº CDP:	140
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES Y DIEZ (10) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	5AN CENTRO DE SALUD ANTONIO NARIÑO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN-DIRECTOR AMBULATORIOS				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	6	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIÓNES	6	PRORROGAS	5	
VALOR ADICIONADO	2,046,830	CDP DE LA ADICIÓN:	934	CRP DE LA ADICIÓN:	20934	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	1,795,830	CDP DE LA ADICIÓN:	1261	CRP DE LA ADICIÓN:	23819	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	2,394,440	CDP DE LA ADICIÓN:	1618	CRP DE LA ADICIÓN:	29102	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1) Y DIEZ (10) DIAS
VALOR ADICIONADO	1,795,830	CDP DE LA ADICIÓN:	2199	CRP DE LA ADICIÓN:	32948	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	5,387,490	CDP DE LA ADICIÓN:	2606	CRP DE LA ADICIÓN:	36479	TIEMPO PRORROGADO:	TRES (3) MESES
VALOR ADICIONADO	377,208	CDP DE LA ADICIÓN:	2784	CRP DE LA ADICIÓN:	39882	TIEMPO PRORROGADO:	N/A
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X
Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
FECHA DE LA PÓLIZA		FECHA DE APROBACIÓN:		

ITEM	IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)
1	Realizar verificacion de historia clinica, seguimientos, laboratorios, comprobador de derechos, para realizar asignacion de citas pendientes del paciente
2	Realizar seguimiento de bases hemoglobina glicosilada, egresos hospitalarios, verificacion de historia clinica, seguimientos, laboratorios, comprobador de derechos, para realizar asignacion de citas pendientes del paciente
3	Se realiza educacion y seguimiento al usuario con patologias cronicas de manera telefonica, brindando educacion de alimentacion, actividad fisica y cumplimiento a todos sus controles
4	Realizar seguimiento de bases hemoglobina glicosilada, egresos hospitalarios, verificacion de historia clinica, seguimientos, laboratorios, comprobador de derechos, para realizar asignacion de citas pendientes del paciente
5	Realizar seguimiento de bases hemoglobina glicosilada, egresos hospitalarios, verificacion de historia clinica, seguimientos, laboratorios, comprobador de derechos, para realizar asignacion de citas pendientes del paciente

6	Verificar historia clinica de citas asignadas para realizar seguimiento a los pacientes despues de las consultas
7	Realizar seguimiento de bases hemoglobina glicosilada, egresos hospitalarios, verificacion de historia clinica, seguimientos, laboratorios, comprobador de derechos, para realizar asignacion de citas pendientes del paciente
8	se realizan observaciones y novedades en base de datos excel
9	Realizar seguimiento de bases hemoglobina glicosilada, egresos hospitalarios, verificacion de historia clinica, seguimientos, laboratorios, comprobador de derechos, para realizar asignacion de citas pendientes del paciente
10	Realizar seguimiento de bases hemoglobina glicosilada, egresos hospitalarios, verificacion de historia clinica, seguimientos, laboratorios, comprobador de derechos, para realizar asignacion de citas pendientes del paciente
11	Realizar seguimiento de bases hemoglobina glicosilada, egresos hospitalarios, verificacion de historia clinica, seguimientos, laboratorios, comprobador de derechos, para realizar asignacion de citas pendientes del paciente
12	asistir a todas la reuniones programas
13	Realizar seguimiento de bases hemoglobina glicosilada, egresos hospitalarios, verificacion de historia clinica, seguimientos, laboratorios, comprobador de derechos, para realizar asignacion de citas pendientes del paciente
14	Realizar seguimiento de bases hemoglobina glicosilada, egresos hospitalarios, verificacion de historia clinica, seguimientos, laboratorios, comprobador de derechos, para realizar asignacion de citas pendientes del paciente
15	Realizar seguimiento de bases hemoglobina glicosilada, egresos hospitalarios, verificacion de historia clinica, seguimientos, laboratorios, comprobador de derechos, para realizar asignacion de citas pendientes del paciente
16	Realizar seguimiento de bases hemoglobina glicosilada, egresos hospitalarios, verificacion de historia clinica, seguimientos, laboratorios, comprobador de derechos, para realizar asignacion de citas pendientes del paciente
17	se cumple con uso adecuado de uniforme, carnet institucional en el correspondiente punto de trabajo, no se presta atencion asistencial, trabajo de seguimiento de base de datos hemoglobinas glicosiladas y seguimientos telefonicos
18	Se realiza seguimiento telefonico a paciente y/o familiar dando una buena atencion, informacion clara, respondiendo en cada duda brindada por ellos para que la atencion e informacion brindada quede clara
19	Se realiza educacion por medio de seguimiento telefonico, brindando informacion sobre cuidados de alimentacion, signos de alarma sobre su diagnostico, asistir cumplidamente a sus controles medicos
20	No compartir informa sobre historia clinica, ni datos personales de los pacientes
21	Se realizan las actividades dentro del marco de la Ruta Cardio Cerebrovascular y Metabólica, cumpliendo 184 HORAS

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	80517344	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	10/8/2024	$ 162,500
PENSIÓN:	PROTECCION	10/8/2024	$ 208,000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	10/8/2024	$ 31,700
OTRO	CC COMPENSAR	10/8/2024	$ 26,000
TOTAL PAGADO			$ 428,200

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en

VII. ANEXOS

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

ANGIE JULIETH GODOY

ANGIE JULIETH GODOY PERILLA
CC: 1000830436
CEL: 3161858302

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/10/2024)

		CC:	1000830436
NOMBRES Y APELLIDOS:	ANGIE JULIETH GODOY PERILLA	RUT (NIT):	1000830436-1
CORREO ELECTRÓNICO:	juliigodoy.perilla@gmail.com	TELÉFONO:	3161858302
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 26 B 32 20 SUR	CIUDAD:	BOGOTA

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024:

NO tomaré costos y deducciones	(X)
SI tomaré costos y deducciones	( )

La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.

Regimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación	SI ( )	NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	DAVIVIENDA				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	0550488414017084

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

N° DEL CONTRATO:	PS 1477 2024	N° CDP:	2784	N°. RP:	39882	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : NUEVE (9) MESES Y DIEZ (10) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	21/01/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/10/2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 17,389,288
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/10/2024 AL 31/10/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	$ 1,921,566 UN MILLÓN NOVECIENTOS VEINTIÚN MIL QUINIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS					

ANGIE JULIETH GODOY

ANGIE JULIETH GODOY PERILLA
C.C 1000830436
cel: 3161858302

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION	CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			**ANGIE JULIETH GODOY PERILLA**		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			**1,000,830,436**		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR ENFERMERÍA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		**PS 1477N 2024**	**FECHA INICIO CONTRATO**		**21/01/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		**$**			**3,591,660**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$** 17,389,288		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$** 1,921,566
N° PAGO / N° DE INFORME:	(10 de 10)	**N° CRP INICIAL:**	13721	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	140
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO	NUEVE (9) MESES Y DIEZ (10) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	(N° 80517344)		**OPERADOR**	MI PLANILLA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	AMBULATORIOS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	5AN CENTRO DE SALUD ANTONIO NARIÑO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN- DIRECTOR AMBULATORIOS				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					

N° DE MODIFICACIÓN:	N° (6)	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**			ADICION (6)	PRORROGA (5)
VALOR ADICIONADO	2,046,830	**CDP DE LA ADICIÓN:**	934	**RP DE LA ADICIÓN:**	20934	**TIEMPO PRORROGADO :** UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	1,795,830	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1261	**RP DE LA ADICIÓN:**	23819	**TIEMPO PRORROGADO :** UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	2,394,440	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1618	**RP DE LA ADICIÓN:**	29102	**TIEMPO PRORROGADO :** UN MES (1) Y DIEZ (10) DIAS
VALOR ADICIONADO	1,795,830	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2199	**RP DE LA ADICIÓN:**	32948	**TIEMPO PRORROGADO :** UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	5,387,490	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2606	**RP DE LA ADICIÓN:**	36479	**TIEMPO PRORROGADO :** TRES (3) MESES
VALOR ADICIONADO	377,208	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2784	**RP DE LA ADICIÓN:**	39882	**TIEMPO PRORROGADO :** N/A
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO :**
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO :**
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO**
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO**

VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO	

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X	
N° DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			
FECHA DE LA PÓLIZA		ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:			

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	X	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	X	
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?	X	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago,** CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/10/2024) AL (31/10/2024)

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:
CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN
CARGO: DIRECTOR AMBULATORIOS

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
EDISON SANCHEZ QUINTERO
PERFIL: ENLACE DIRECCION AMBULATORIOS

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:

Diana Alexandra Triana Silva

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	1000830436	ANGIE JULIETH GODOY PERILLA	Cra 26 b # 32 20 sur	5684894	juligodoy.perilla@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 – 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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2024-09	2024-09	I	08/10/2024	80517344	TOTAL A PAGAR	
					$428.200	

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	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	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	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	

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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	31.700				31.700	0	0	31.700			317	31.700	

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	26.000	0	0	26.000	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	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	1	26.000	26.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	428.200	428.200

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	1000830436	ANGIE JULIETH GODOY PERILLA		Cra 26 b # 32 20 sur	5884894	juliigodoy.perilla@gmail.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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2024-09	2024-09	I	08/10/2024	80517344	TOTAL A PAGAR	
					$428.200	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colomb. residente	Estudiante	INS	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	PNL	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
CC	1000830436	GODOY PERILLA ANGIE JULIETH	57	0			N																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	3	31.700	CCF24	1.300.000	26.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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