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 – GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/10/2024)

NOMBRES Y APELLIDOS:	CAREN LORENA LOPEZ MANQUILLO	**CC:**	1033726550
		RUT (NIT):	N/A
CORREO ELECTRÓNICO:	caren312lopez@gmail.com	**TELÉFONO:**	3144346515
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 48 B SUR # 9-35	**CIUDAD:**	BOGOTÁ D.C

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 1.2.4.1.6 y

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:**	**4870494319**

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

N° DEL CONTRATO:	**PS 1814 2024**	**N° CDP:**	**2782**	**N°. RP:**	**40004**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 9 MESES 17 DÁS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**21/01/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/10/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** **$ 22.174.044**
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)	**$ 2.404.080**					
	DOS MILLONES CUATROCIENTOS CUATRO MIL OCHENTA PESOS M/CTE					

Caren Lopez M.

CAREN LORENA LOPEZ MANQUILLO
C.C 1033726550
cel: 3144346515

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					
CAREN LORENA LOPEZ MANQUILLO					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.033.726.550		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE FARMACIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		**PS 1814 2024**	**FECHA INICIO CONTRATO**		**21/01/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$** 4.122.400	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	DOS (02) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$** 22.174.044		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$**	2.404.080
N° DE INFORME:	10	**N° CRP:**	13849	**N° CDP:**	143
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	NUEVE MESES (9) Y DIECISIETE DÍAS (17)				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		5CH CENTRO DE SALUD CHIRCALES			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		IGNA PATRICIA BENAVIDES RODRIGUEZ		PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA SALUD CÓDIGO 237 GRADO 15	

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	6		**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	5	**PRORROGAS**	5		
VALOR ADICIONADO	**$**	2.555.888	**CDP DE LA ADICIÓN:**	936	**CRP DE LA ADICIÓN:**	21523	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES	
VALOR ADICIONADO	**$**	2.040.588	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1259	**CRP DE LA ADICIÓN:**	25117	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES	
VALOR ADICIONADO	**$**	2.968.128	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1617	**CRP DE LA ADICIÓN:**	28675	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES 9 DIAS	
VALOR ADICIONADO	**$**	2.473.440	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2191	**CRP DE LA ADICIÓN:**	32839	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES	
VALOR ADICIONADO	**$**	7.420.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2609	**CRP DE LA ADICIÓN:**	37047	**TIEMPO PRORROGADO:**	3 MESES	
VALOR ADICIONADO	**$**	593.280	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2782	**CRP DE LA ADICIÓN:**	40004	**TIEMPO PRORROGADO:**	N/A	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		**SI**		**NO**	x
N° DE PÓLIZA:	N/A		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A		**FECHA DE APROBACIÓN:**		N/A

ITEM	**IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ÉSTABLECIDAS EN EL CONTRATO** **(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)**
1	SE REALIZAN ACTIVIDADES DE LOS PROCEDIMIENTOS DE RECEPCIÓN, ALMACENAMIENTO, DISPENSACIÓN Y SEGUIMIENTO DE USO DE LOS MEICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS, CON EL REGISTRO CORRESPONDIENTE.
2	SE VERIFICA E INFORMAN LAS DIFERENCIAS EN LOTES Y FECHAS DE VENCIMIENTO DE LOS INSUMOS, ASI COMO LOS INSUMOS PRÓXIMOS A VENCER, LUEGO DE HACER SU ROTACIÓN POR CONSUMO. SE REGISTRA EL CONTROL DE TEMPERATURA Y HUMEDAD EN LOS LUGARES DE ALMACENAMIENTO DE INSUMOS. SE HACEN LAS SOLICITUDES DE LOS INUSMOS PARA MANTENER EL STOCK MINIMO DE LOS MISMOS. SE HACEN LAS RECEPCIONES TÉCNICAS DE LOS INSUMOS QUE SON RECIBIDOS O SE INFORMA AL REGENTE.
3	SE REALIZA INTERPRETACIÓN DE LA FORMULA, ALISTAMIENTO DE LOS PRODUCTOS, REGISTRO EN EL SISTEMA DINÁMICA Y SUMINISTRO ENTREGÁNDOSELOS AL PACIENTE O AL PERSONAL DEL SERVICIO. SE REGISTRA Y GESTIONAN LOS INSUMOS PENDIENTES Y SE REVISAN, REGISTRAN, ALISTAN Y ENTREGAN LOS TRASLADOS A LAS OTRAS UNIDADES.
4	SE MANTIENE LAS ÁREAS, SUPERFICIES Y MUEBLES DE ALMACENAMIENTO LIMPIOS Y ORGANIZADOS, CON EL APOYO DEL PERSONAL DE SERVICIOS GENERALES O HACIENDO USO DEL KIT DE LIMPIEZA DEL ÁREA.
5	SE CONOCE Y LLEVA A CABO EL DECALOGO DE HUMANIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN. SE AYUDA A DIVULGAR LOS DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS Y SE DA RESPUESTA A LAS NECESIDADES DE LOS USUARIOS QUE ATIENDO.
6	SE REALIZA HIGIENE DE MANOS EN LOS MOMENTOS QUE NOS APLICAN SE DISPONE Y USAN LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REALIZAR UNA ADECUADA SEGREGACIÓN DE LOS RESIDUOS.
7	SE RECIBE, INTERPRETA LA FORMULA, REVISAN LOS SOPORTES Y ALISTAN LOS MEDICAMENTOS NO INCLUIDOS EN EL PBS, REGISTRANDO EN EL SISTEMA DINÁMICA EL SUMINISTRO Y ENTREGÁNDOSELOS AL PACIENTE SI ES DEL SERVICIO AMBULATORIO O AL PERSONAL DEL SERVICIO CUANDO ES HOSPITALARIO. SE REGISTRA Y GESTIONAN LOS INSUMOS PENDIENTES.
8	SE HACE REGISTRO EN EL SISTEMA DE SOLICITUDES, SUMINISTROS A PACIENTES Y ORDENES DE DESPACHO. SE DILIGENCIAN LOS REGISTROS DE RUVEM, ERRORES DE PRESCRIPCIÓN, CONDICIONES AMBIENTALES Y DE LIMPIEZA, ASÍ COMO EL DE LA ENTREGA DE TURNO.
9	SE PARTICIPA EN LA REUNIÓN DEL SERVICIO FARMACEUTICO. SE REALIZAN LAS REINDUCCIONES, CAPACITACIONES Y ENCUESTAS QUE SON INFORMADAS.
10	SE CUMPLE CON LA PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES ASIGNADA POR LA COORDINACIÓN DEL SERVICIO Y LOS CAMBIOS QUE SE PRESENTEN EN LA MISMA SON INFORMADOS POR ESCRITO AL DIRECTOR TÉCNICO DEL SERVICIO.
11	EN CASO DE PRESENTARSE NOVEDADES INFORMACIÓN CON ANTICIPACIÓN DICHA SITUACIÓN PARA LA PROVISIÓN DEL RESPECTIVO REEMPLAZO ,SE INFORMA AL DIRECTOR TÉCNICO DEL SERVICIO.
12	SE VERIFICA E INFORMAN LOS INSUMOS PRÓXIMOS A VENCER, LUEGO DE HACER SU ROTACIÓN POR CONSUMO

13	SE CONOCE Y LLEVA A CABO EL DECALOGO DE HUMANIZACIÒN DE LA INSTITUCIÒN. SE DA RESPUESTA A LAS NECESIDADES DE LOS USUARIOS QUE ATIENDO.
14	SE CUMPLE CON LAS ACTIVIDADES DE LOS PROCEDIMIENTOS E INSTRUCTIVOS DEL SERVICIO FARMACÉUTICO Y DE LOS PROCESOS TRASNVERSALES CON LOS QUE NOS RELACIONAMOS, LLEVANDO REGISTRO COMPLETO EN LOS FORMATOS DE LOS MISMOS.
15	SE CUMPLE CON LA PROGRAMACIÒN DE ACTIVIDADES ASIGNADA.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL.

No. DE PLANILLA:	**80573172**	**OPERADOR:**	**MIPLANILLA.COM**

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	8/10/2024	$ 162,500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	8/10/2024	$ 208,000
RIESGOS LABORALES:	SURA	8/10/2024	$ 31,700
OTRO	N/A	N/A	
TOTAL PAGADO			$ 402,200

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo 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 ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pensión, rut)
3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

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

Caren Lopez M.

CAREN LORENA LOPEZ MANQUILLO
CC: 1033726550
CEL: 3144346515

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

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	CAREN LORENA LOPEZ MANQUILLO
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.033.726.550

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE FARMACIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1814 2024		FECHA INICIO CONTRATO		21/01/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.122.400,00				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 22.174.044,00		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 2.404.080,00
N° PAGO / N° DE INFORME:	(10 de 10)	N° CRP INICIAL:	13849	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	143
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE MESES (9) Y DICISIETE DÍAS (17)				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	(N° 80573172)		OPERADOR:	MIPLANILLA.COM	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	SERVICIO FARMACÉUTICO				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	5CH CENTRO DE SALUD CHIRCALES				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	IGNA PATRICIA BENAVIDES RODRIGUEZ		PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA SALUD CÓDIGO 237 GRADO 15		

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N° (6)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICION (5)	PRORROGA (5)
VALOR ADICIONADO	$ 2.555.888	CDP DE LA ADICIÓN:	936	RP DE LA ADICIÓN:	21523	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.040.588	CDP DE LA ADICIÓN:	1259	RP DE LA ADICIÓN:	25117	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.968.128	CDP DE LA ADICIÓN:	1617	RP DE LA ADICIÓN:	28675	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES 9 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.473.440	CDP DE LA ADICIÓN:	2191	RP DE LA ADICIÓN:	32839	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 7.420.320	CDP DE LA ADICIÓN:	2609	RP DE LA ADICIÓN:	37047	TIEMPO PRORROGADO:	3 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 593.280	CDP DE LA ADICIÓN:	2782	RP DE LA ADICIÓN:	40004	TIEMPO PRORROGADO:	(N/A)

III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X	
N° DE PÓLIZA:	N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	N/A	
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A		ACTO ADMINISTRATIVO DE	N/A	

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)

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

Igna Benavides R

IGNA PATRICIA BENAVIDES RODRIGUEZ
CARGO: PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 237 GRADO 15

JHEIMY LIZBETH DELGADILLO ESPITIA

PERFIL: APOYO ADMINISTRATIVO FARMACIA

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	1033726550	CAREN LORENA LOPEZ MANQUILLO	CRA 18 A NRO 54 -70 SUR	0000000	KARENLORE_@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	
2024-09	2024-09	1	08/10/2024	80573172	$402.200	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	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	31.700				31.700	0	0	31.700			317	31.700	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	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	402.200

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	1033726550	CAREN LORENA LOPEZ MANQUILLO		CRA 18 A NRO 54 -70 SUR	0000000	KARENLORE_@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	
2024-09	2024-09	I	08/10/2024	80573172	$402.200	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotiza en	Subtipo	Extranjero	Cotiza en exterior	Estudiante	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
CC	1033726550	LOPEZ MANQUILLO CAREN LORENA	59	0			N																	25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS002	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	3	31.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

blank

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

blank

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
	PS 1814 2024 CUENTA DE COBRO ENERO 2024.pdf	PS 1814 2024 CUENTA DE COBRO ENERO 2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	PS 1814 2024 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2024.pdf	PS 1814 2024 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	PS 1814 2024 CUENTA DE COBRO MARZO 2024.pdf	PS 1814 2024 CUENTA DE COBRO MARZO 2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	PS 1814 2024 CUENTA DE COBRO ABRIL 2024.pdf	PS 1814 2024 CUENTA DE COBRO ABRIL 2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	RP PS 1814 2024.pdf	RP PS 1814 2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	PS 1814 2024 CUENTA DE COBRO MAYO 2024.pdf	PS 1814 2024 CUENTA DE COBRO MAYO 2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	PS 1814 2024 CUENTA DE COBRO JUNIO 2024.pdf	PS 1814 2024 CUENTA DE COBRO JUNIO 2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	RP PS 1814 2024.pdf	RP PS 1814 2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1814 2024 CUENTA DE COBRO JULIO 2024.pdf	PS 1814 2024 CUENTA DE COBRO JULIO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	NC ADI MODIF CDP 2782.pdf	NC ADI MODIF CDP 2782.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	NC4 COMPLEMENTARIOS CAMBIO SEUPERVISOR.zip	NC4 COMPLEMENTARIOS CAMBIO SEUPERVISOR.zip	Comprador	Descargar	Detalle
	PS 1814 2024 CAMBIO SUPERVISOR 18-7-24.pdf	PS 1814 2024 CAMBIO SUPERVISOR 18-7-24.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	PS 1814 2024 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2024.pdf	PS 1814 2024 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1814 2024 SEPTIEMBRE.pdf	PS 1814 2024 SEPTIEMBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >