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

ENRIQUE PRIETO DIAGO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	79.300.992				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO NEUMOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1513 2024		**FECHA INICIO CONTRATO**	21/01/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 38.242.000	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	2 MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 38.242.000		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.720.890	
Nº DE INFORME:	10	**Nº CRP:**	13739	**Nº CDP:**	140
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	9 MESES Y 10 DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN - DIRECTOR TÉCNICO DE SERVICIOS AMBULATORIOS				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	5	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	0	**PRORROGAS**	5	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**	0	**CRP DE LA ADICIÓN:**	13739	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**	0	**CRP DE LA ADICIÓN:**	13739	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**	0	**CRP DE LA ADICIÓN:**	13739	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES 10 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**	0	**CRP DE LA ADICIÓN:**	13739	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**	0	**CRP DE LA ADICIÓN:**	13739	**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES MESES
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**	0	**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	0
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**	0	**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:	123	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		ABC	
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**FECHA DE APROBACIÓN:**		DD/MM/AAAA	

IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO

ITEM	(Deben ser coherentes con las obligaciones especificas del contrato realizadas durante el mes)
1	Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan de atención de su especialidad.
2	Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación
3	Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.

4	Participar en la programación de actividades del área.
5	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.
6	Realizar resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos según se requiera.
7	Notificar los sucesos de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.
8	Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.
9	Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.
10	Diligenciar el consentimiento informado acorde con la atención brindada.
11	Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.
12	0
13	0
14	0
15	0
16	0
17	
18	
19	
20	

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**80197753**	**OPERADOR:**	**miplanilla.com**

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	12/09/2024	$ 162.500
PENSIÓN:	SKANDIA	12/09/2024	$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	12/09/2024	$ 31.700
OTRO			
	TOTAL PAGADO		$ 402.200

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 ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, 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 período correspondiente

Enrique Prieto D

ENRIQUE PRIETO DIAGO
CC:79300992
CEL:3158532063

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	**ENRIQUE PRIETO DIAGO**
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**79.300.992**

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO NEUMOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1513 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**21/01/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$**				**38.242.000,00**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$**	**38.242.000,00**	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 1.720.890,00**
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	**10**	**Nº CRP INICIAL:**	**13739**	**Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO**	**140**
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	9 MESES Y 10 DIAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	80197753	**OPERADOR:**	miplanilla.com		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	SERVICIOS AMBULATORIOS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN - DIRECTOR TÉCNICO DE SERVICIOS AMBULATORIOS				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	**$**	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				**ADICION**	**PRORROGA 5**
VALOR ADICIONADO	**$ -**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	0	**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES
VALOR ADICIONADO	**$ -**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	0	**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES
VALOR ADICIONADO	**$ -**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	0	**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES 10 DIAS
VALOR ADICIONADO	**$ -**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	0	**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES
VALOR ADICIONADO	**$ -**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	0	**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES MESES
VALOR ADICIONADO	**$ -**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	0	**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	0
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**	XX
Nº DE PÓLIZA:	XX	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			XX
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**			XX

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?	XX	
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?	XX	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	XX	
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?	XX	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	XX	

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 (DIA/MES/AÑO) AL (DIA/MES/AÑO)

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

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:
CLAUDIA MARCELA MELO PASTRÁN
CARGO:
DIRECTOR TÉCNICO DE SERVICIOS AMBULATORIOS

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

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: (DD/MM/AAAA)

NOMBRES Y APELLIDOS:	ENRIQUE PRIETO DIAGO	**CC:**	79300992
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	pristenrique@gmail.com	**TELÉFONO:**	3158532063
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 100 No 21-58 Apto 102	**CIUDAD:**	BOGOTA

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

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

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 parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.

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:	**ITAU**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**765072258**

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

N° DEL CONTRATO:	**PS 1513 2024**	**N° CDP:**	**140**	**N°. RP:**	**13739**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 9 MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**21/01/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**20/03/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** **$ 38.242.000,00**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 01/10/2024 AL 31/10/2024**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$ 1.720.890** **Un Millón Setecientos Veinte Mil Ochocientos Noventa Pesos m/cte**					

Enrique Prieto

ENRIQUE PRIETO DIAGO
C.C79300992
cel:3158532063

ENRIQUE PRIETO DIAGO
NIT 79.300.992-
CL 109 21 58 AP 102
Tel: (031) 6129049
Bogotá - Colombia
prietenrique@gmail.com

Factura electrónica de venta
No. EP 49

Señores	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE		
NIT	900.959.051-7	**Teléfono**	0313444484
Dirección	DG 34 5 43	**Ciudad**	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	22/10/2024, 11:43
Expedición	22/10/2024, 11:43
Vencimiento	22/10/2024

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	PRESTACION DE SERVICIOS COMO NEUMOLOGO ENTRE EL 1 Y 32 DE OCTUBRE DE 2024	1.00	1,720,890.00

Total items: 1

Valor en Letras:
Un millón setecientos veinte mil ochocientos noventa pesos m/cte

Total Bruto	1,720,890.00
Total a Pagar	**1,720,890.00**

Forma de pago:
Contado

Medio de pago:
Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia $ 1,720,890.00

Observaciones:

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764071948058 aprobado en 20240531 prefijo EP desde el número 41 al 50 Vigencia: 6 Meses**
- Actividad Económica 0010 Asalariados Tarifa
CUFE: 9b234fc25e393ff98afcb47fcccdcbaa37918591a535cbdfaa7df4bef33236f713408a710e518c17d5722a02f98affcb

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

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	79300992	ENRIQUE PRIETO DIAGO		CALLE 109 # 21 -58 Apto 102	6129049	prietenrique@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

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	12/09/2024	80197753	$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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	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

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	79300992	ENRIQUE PRIETO DIAGO	CALLE 109 # 21 -58 Apto 102	6129049	prietenrique@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

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	12/09/2024	80197753	TOTAL A PAGAR	
					$402.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colomb. exterior	Estudiante	IRG	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	79300992	PRIETO DIAGO ENRIQUE	59	0			N																25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	162.500	14-23	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