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

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						
LAURA DEL PILAR AMORTEGUI GARCIA						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.010.245.381					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO ADMINISTRATIVO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3038 2024		**FECHA INICIO CONTRATO**	1/02/2024		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 6.287.120	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	DOS (02) MESES			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 34.579.160		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.143.560		
Nº DE INFORME:	Nº 10	**Nº CRP:**	16930	**Nº CDP:**	145	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	1SC HOSPITAL SANTA CLARA					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	IGNA PATRICIA BENAVIDES RODRIGUEZ		PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA SALUD CÓDIGO 237 GRADO 15			

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	Nº (9)	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	8	**PRORROGAS**	8	
VALOR ADICIONADO	$ 3.143.560	CDP DE LA ADICIÓN:	987	CRP DE LA ADICIÓN:	23082	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.143.560	CDP DE LA ADICIÓN:	1402	CRP DE LA ADICIÓN:	25623	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.143.560	CDP DE LA ADICIÓN:	1756	CRP DE LA ADICIÓN:	30099	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.143.560	CDP DE LA ADICIÓN:	2242	CRP DE LA ADICIÓN:	33965	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.143.560	CDP DE LA ADICIÓN:	2590	CRP DE LA ADICIÓN:	36073	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.143.560	CDP DE LA ADICIÓN:	3065	CRP DE LA ADICIÓN:	40743	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.143.560	CDP DE LA ADICIÓN:	3373	CRP DE LA ADICIÓN:	43033	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 6.287.120	CDP DE LA ADICIÓN:	3626	CRP DE LA ADICIÓN:	45322	TIEMPO PRORROGADO:	DOS (2) MESES

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
(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)

ITEM	
1	SE REALIZA CONSOLIDADO DE PEDIDOS DE LAS DIFERENTES FARMACIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE, VERIFICANDO EXISTENCIAS, CONSUMOS PROMEDIOS, Y REALIZANDO REDISTRIBUCIÓN SI FUESE EL CASO.
2	SE REALIZA MONITOREO DIARIO DE VERIFICACIÓN Y CONTROL DE ENTREGAS EFECTIVAS CON LOS PROVEEDORES Y LOS DIFERENTES ALMACENES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD, NOTIFICANDO MEDICAMENTOS AGOTADOS VIA CORREO ELECTRONICO PARA QUE LOS DIFERENTES QF TOME DECIONES O GENEREN REUNIÓN PARA VERIFICAR ALTERNATIVAS TERAPEUTICAS SEGUN EL CASO Y NOVEDADES PRESENTADAS.
3	REMITIR CORREOS ELECTRONICOS PARA DEVOLUCIÓN DE MEDICAMENTOS NOTIFICADOS POR LAS DIFERENTES FARMACIAS Y VERIFICANDO CADA CASO.
4	VERIFICACIÓN DE LISTADOS DE PEDIDOS VS ENTREGA POR PARTE DE PROVEEDORES, GENERANDO CORREOS DE FALTANTES A LOS DIFERENTES PROVEEDORES, SE REALIZAN ORDENES DE COMPRA DE MEDICAMENTOS NO SOLICITADOS EN EL PEDIDO MENSUAL O QUE AUMENTO SU CONSUMO.
5	MONITOREO DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS POR PARTE PROVEEDORES, ATENCIÓN A LLAMADOS TELEFONICOS Y CORREOS REALIZADOS POR LAS FARMACIAS DE ACUERDO A SUS NECESIDADES.
6	SE ATIENDE LLAMADOS TELEFÓNICOS, CORREOS ELECTRONICOS, MENSAJES DE SOLICITUD DE MEDICAMENTOS POR DIFERENTES MOTIVOS COMO ENTREGAS OPORTUNAS, FALTANTES ETC, DANDO RESPUESTAS A LAS MISMAS A LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE VERIFICANDO CONSUMO PROMEDIO, NECESIDAD Y ABASTECIMIENTO EN LA SUBRED.
7	SE REALIZA INDICADORES DE ENTREGAS DE LOS PROVEEDORES, DE ACUERDO A INFORMACIÓN REGISTRADA EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DINAMICA GERENCIAL, TENIENDO EN CUENTA ENTREGAS DE PEDIDOS DEL MES POR LOS MISMOS, SE GENERA INDICADOR POA, INFORMACIÓN SDS, INFORMACIÓN DIARIA SEDANTES Y RELAJATES EXISTENCIAS, EXISTENCIAS DE METODOS DE ANTICONCEPCIÓN, REPORTE EXISTENCIA MEDICAMENTOS UTILIZADOS PARA PATOLOGÍA COVI-19 DIARIO.
8	GENERAR INDICADOR DE OPORTUNIDAD DE ENTREGA
9	PARTICIPACIÓN REUNIÓN PREVIAMENTE CITADA
10	NO SE REQUIRIO
11	APLICACIÓN DE LOS CORRESPONDIENTES SUBSISTEMAS DE CADA COMPONENTES DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
12	REALIZAR LAS DEMÁS ACTIVIDADES QUE LE SEAN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR Y QUE SEAN ACORDE CON EL OBJETO DEL CONTRATO
13	REALIZAR LAS DEMÁS ACTIVIDADES QUE LE SEAN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR Y QUE SEAN ACORDE CON EL OBJETO DEL CONTRATO, EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES CORRESPONDIENTES A LA SUBRED CENTRO ORIENTE DE ACUERDO CON LA SUPERVISIÓN.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	81729488	**OPERADOR:**	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	Compensar EPS	13/11/2024	$ 162.500
PENSIÓN:	Porvenir	13/11/2024	$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	ARL SURA	13/11/2024	$ 31.700
OTRO			
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, 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

Laura Amortegui G.

LAURA DEL PILAR AMÓRTEGUI GARCÍA
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CC: 1010245381
CEL: 3014444468

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

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30/11/2024)			
NOMBRES Y APELLIDOS:	LAURA DEL PILAR AMÓRTEGUI GARCÍA	CC:	1010245381
		RUT (NIT):	NO APLICA
CORREO ELECTRÓNICO:	LAURAAMORTEGUIG@GMAIL.COM	TELÉFONO:	3014444468
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Carrera 8 # 13-51 sur	CIUDAD:	Bogotá

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:	SCOTIABANK COLPATRIA				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	0122058206

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	PS 3038 2024	N° CDP:	3626	N°. RP:	45322	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS - PRORROGAS : ONCE (11) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/02/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/12/2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 34.579.160
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/11/2024 AL 30/11/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$3,143,560					
	TRES MILLONES CIENTO CUARENTA Y TRES MIL QUINIENTOS SESENTA PESOS M/CTE					

Laura Amórtegui G.

LAURA DEL PILAR AMÓRTEGUI GARCÍA
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
C.C 1.010.245.381
cel: 3014444468

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	LAURA DEL PILAR AMORTEGUI GARCIA
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.010.245.851

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO ADMINISTRATIVO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3038 2024**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**1/02/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 6.287.120,00		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 34.579.160,00	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.143.560,00
N° PAGO / N° DE INFORME:	(10 de 10)	**N° CRP INICIAL:** 16930	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO** 145
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES		
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	N°.81729488	**OPERADOR:**	MI PLANILLA
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	SERVICIO FARMACÉUTICO		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	IGNA PATRICIA BENAVIDES RODRIGUEZ		PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA SALUD CÓDIGO 237 GRADO 15

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N° (9)	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICION (8)	PRORROGA (8)
VALOR ADICIONADO	$ 3.143.560	**CDP DE LA ADICIÓN:**	987	**RP DE LA ADICIÓN:**	23082	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.143.560	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1402	**RP DE LA ADICIÓN:**	25623	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.143.560	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1756	**RP DE LA ADICIÓN:**	30099	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.143.560	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2242	**RP DE LA ADICIÓN:**	33965	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.143.560	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2590	**RP DE LA ADICIÓN:**	36073	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.143.560	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3065	**RP DE LA ADICIÓN:**	40743	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.143.560	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3373	**RP DE LA ADICIÓN:**	43033	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 6.287.120	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3626	**RP DE LA ADICIÓN:**	45322	**TIEMPO PRORROGADO:**	DOS (2) MESES

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	X
N° 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?	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 (01/11/2024) AL (30/11/2024)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	Igna Benavides R **NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:** **IGNA PATRICIA BENAVIDES RODRIGUEZ** **CARGO:** **PROFESIONAL UNIVERSITARIO**
	NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: **JHEYMI 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	1010245381	LAURA DEL PILAR AMORTEGUI GARCIA	KR 8 NUM 13 51 SUR	3014444468	lauraamorteguig@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
					TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-10	I	13/11/2024	81729488	$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					
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
230301	Porvenir	800224808-8	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

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	1010245381	LAURA DEL PILAR AMORTEGUI GARCIA	KR 8 NUM 13 51 SUR	3014444468	lauraamorteguig@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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-10	2024-10	I	13/11/2024	81729488	$402.200

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Extranjero	Estudiante	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	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	1010245381	AMORTEGUI GARCIA LAURA DEL PILAR	57	0			N																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	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

◯ 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

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	PS 3038 2024 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2024.pdf	PS 3038 2024 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 3038 2024 CUENTA DE COBRO MARZO 2024.pdf	PS 3038 2024 CUENTA DE COBRO MARZO 2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 3038 2024 CUENTA DE COBRO ABRIL 2024.pdf	PS 3038 2024 CUENTA DE COBRO ABRIL 2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 3038 2024 CUENTA DE COBRO MAYO 2024.pdf	PS 3038 2024 CUENTA DE COBRO MAYO 2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	RP PS 3038 2024.pdf	RP PS 3038 2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 3038 2024 CUENTA DE COBRO JUNIO 2024.pdf	PS 3038 2024 CUENTA DE COBRO JUNIO 2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 3038 2024 CUENTA DE COBRO JULIO 2024.pdf	PS 3038 2024 CUENTA DE COBRO JULIO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3038 2024 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2024.pdf	PS 3038 2024 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	NC4 COMPLEMENTARIOS CAMBIO SEUPERVISOR.zip	NC4 COMPLEMENTARIOS CAMBIO SEUPERVISOR.zip	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 3038 2024 CAMBIO SUPERVISOR 18-7-24.pdf	PS 3038 2024 CAMBIO SUPERVISOR 18-7-24.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	PS 3038 2024 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2024.pdf (Archivado)	PS 3038 2024 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3038 2024 CUENTA COBRO SEPTIEMBRE.pdf	PS 3038 2024 CUENTA COBRO SEPTIEMBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3038 2024 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2024.pdf	PS 3038 2024 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >