264

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**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

PAULA FERNANDA TORRES GIL

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.018.496.581
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. EN UNIDAD PERSEVERANCIA

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2877 2024		**FECHA INICIO CONTRATO**		**21/01/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 13.119.324**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	1 MES 28 DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$99.664.542		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$9.310.488**
Nº DE INFORME:	N.° 11	**Nº CRP:**	14107	**Nº CDP:**	317
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	11 MESES 10 DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	4PV CENTRO DE SALUD PERSEVERANCIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	0	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	6	**PRORROGAS**	6	
VALOR ADICIONADO	**$ 9.522.090**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1030	**CRP DE LA ADICIÓN:**	22326	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	**$ 9.522.090**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1270	**CRP DE LA ADICIÓN:**	25267	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	**$ 16.504.956**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1619	**CRP DE LA ADICIÓN:**	29277	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	**$ 9.522.090**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2200	**CRP DE LA ADICIÓN:**	32547	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	**$ 28.566.270**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2598	**CRP DE LA ADICIÓN:**	36670	**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES MESES (3)
VALOR ADICIONADO	$ 12.907.722	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3753	**CRP DE LA ADICIÓN:**	46948	**TIEMPO PRORROGADO:**	DOS MESES (2)

III. POLIZAS

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

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	Brindé una atención en salud buscando los mejores estándares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada
2	Brindé una atención en salud buscando los mejores estándares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada
3	Presté mis servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales
4	Realicé las actividades según las necesidades de la subred dando cobertura en todas las unidades en donde se oferta el servicio y sea requerido
5	Informé al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, conocer el grado de satisfacción sobre los servicios prestados y resolver inquietudes relacionadas con el proceso de atención
6	Llevé registro de las actividades, procedimientos e intervenciones, mantuve actualizados los informes estadísticos definidos por la institución y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación
7	Respeté los derechos del paciente, cumplí el código de ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se preste la atención
8	Realicé el seguimiento y control a pacientes en los que se requirió mi participación e impartí instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados
9	Emití conceptos médicos que se me requirieron, realicé resúmenes de historia clínica, epicrisis y otros documentos asistenciales o administrativos que fueron solicitados
10	Diligencié en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presentaron fallas del sistema) los formatos de las historias clínicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros propios de mi actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoria y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con firma y sello
11	Garanticé la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos
12	Garanticé la integridad y adecuado funcionamiento de los equipos, elementos e instalaciones, así como la utilización racional de los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposición o reparación cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulación de los mismos
13	Reporté al área de Recursos Físicos – Activos Fijos de la SUBRED, los equipos de mi propiedad, que se destiné a las actividades asistenciales
14	Participé activamente en el desarrollo, implementación y cumplimiento de las políticas institucionales, sistema integrado de gestión, acreditación, seguridad del paciente y demás actividades enmarcadas dentro del sistema obligatorio de garantía de la calidad
15	Participé en las diferentes actividades del servicio, jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales fui convocado
16	Participé en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio

17	Apoyé a la Entidad en las actividades que demandó según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales
18	Participé en la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presentaron en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demandaron el servicio
19	Presté el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EPS-S-EAPB
20	Notifiqué los sucesos de seguridad que se presentaron durante el proceso de atención
21	Participé en los análisis a los que fui convocado e implementé las acciones de mejora definidas para el servicio
22	Reporté los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente
23	Desarrollé actividades de docencia de servicio en la revista médica y otro espacio dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio, para el desarrollo y formación del recurso humano en salud, si aplicaba
24	Instruí a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de mi especialidad
25	Informe al supervisor del contrato las novedades que afectaron el cumplimiento de mis obligaciones
26	Facilité las labores de supervisión que la SUBRED, realice en forma directa por la Subdirección de Servicios de Salud, la Oficina de Calidad y/o a través de terceros
27	Cumplí oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Garantía de Calidad
28	Acredité el cumplimiento del pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal durante la vigencia del contrato, requisito indispensable para generar cada pago a mi favor
29	Apoyé en la parte técnica las actividades de supervisión de los contratos cuando estas sean asignadas
30	Cumplí con las actividades establecidas en el respectivo contrato, cumpliendo con las directrices establecidas por la institución.
31	Cumplí las demás actividades asignadas por la supervisión del contrato
32	Realice valoracion, revaloracion y clasificacion TRIAGE del paciente en el servicio de urgencias
33	**Realice mis actividades contractuales en EL CAPS PERSEVERANCIA PARA UN TOTAL DE 264 HORAS**

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**81772211**	**OPERADOR:**	**MIPLANILLA**

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	14/11/2024	$ 465.600
PENSIÓN:	PORVENIR	14/11/2024	$ 595.900
RIESGOS LABORALES:	SURA	14/11/2024	$ 90.800
OTRO	CAJA DE COMPENSACION COMPENSAR	14/11/2024	$ 74.500
TOTAL PAGADO			**$ 1.226.800**

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 periodo correspondiente



PAULA FERNANDA TORRES GIL
CEDULA 1.018.496.581
CELULAR 3008007101

	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: (30/11/2024)

NOMBRES Y APELLIDOS:	PAULA FERNANDA TORRES GIL	**CC:**	1018496581
		RUT (NIT):	1018496581
CORREO ELECTRÓNICO:	pautorresgil@gmail.com	**TELÉFONO:**	3008001701
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CI 69 95 A 41 SUR AP 601 BL 4	**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 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:	**BANCOLOMBIA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**16808509761**

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

Nº DEL CONTRATO:	**PS 2877 2024**	**Nº CDP:**	3753	**Nº. RP:**	46948	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 11 MESES 10 DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**21/01/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/12/2024**		**$99.664.542**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/11/2024 AL 30/11/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	**$**					**9.310.488**
	NUEVE MILLONES TRESCIENTOS DIEZ MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y OCHO					

PAULA FERNANDA TORRES GIL
C.C 1.018.496.581
Cel: 3008007101

Secretaría Distrital 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	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	**PAULA FERNANDA TORRES GIL**
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**1.018.496.581**

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	**PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2877 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**21/01/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 13.119.324				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 99.664.542		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$9.310.488
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	12	**Nº CRP INICIAL:**	14107	**Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO**	317
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	11 (ONCE) MESES 10 DIAS				

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	81772211	**OPERADOR:**	MI PLANILLA
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	URGENCIAS		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	4PV CENTRO DE SALUD PERSEVERANCIA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05		

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº (0)	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRORROGA):**				ADICION (7)	PRORROGA (7)
VALOR ADICIONADO	9.522.090	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1030	**RP DE LA ADICIÓN:**	22326	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	9.522.090	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1270	**RP DE LA ADICIÓN:**	25267	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	16.504.956	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1619	**RP DE LA ADICIÓN:**	29277	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	9.522.090	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2200	**RP DE LA ADICIÓN:**	32547	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	28.566.270	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2598	**RP DE LA ADICIÓN:**	36670	**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES MESES (3)
VALOR ADICIONADO	$ 12.907.722	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3753	**RP DE LA ADICIÓN:**	46948	**TIEMPO PRORROGADO:**	DOS MESES (2)
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS (SI APLICA)

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

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:	**FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO** **DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05** **CARLOS ALBERTO MARIN** **EMERGENCIÓLOGO**

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	1018496581	PAULA FERNANDA TORRES GIL		Calle 69 # 95 a 41 sur	8022488	pautorresgil@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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-10	I	14/11/2024	81772211	$1.226.800	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	465.600	0		0		0	0	0	0	465.600	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	595.900	0	0	0	0	0	0		595.900	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	90.800				90.800	0	0	90.800			908	90.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	74.500	0	0	74.500	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	465.600	465.600
Pensión	1	595.900	595.900
Riesgos Laborales	1	90.800	90.800
CCF	1	74.500	74.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	1.226.800	1.226.800

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	1018499581	PAULA FERNANDA TORRES GIL		Calle 69 # 95 a 41 sur	8022488	pautorresgil@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	14/11/2024	81772211	$1.226.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																	PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COTIZACIÓN	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	1018499581	TORRES GIL PAULA FERNANDA	57	0			N																	230301	3.724.195	595.900	0	0	0	0	EPS017	3.724.195	465.600	14-11	3.724.195	3	90.600	CCF24	3.724.195	74.500	0	0	0	0	0

PAGADA

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