| | | |
|---|---|---|
| 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<br>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN<br>FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN | CÓDIGO: AP-IA-FT-077<br>VERSIÓN: 2<br>FECHA: 2024-09-16 |

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

**YEZID GONZALEZ CANIZALES**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | 75.096.113 | | | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO PATOLOGO 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 1693 2024 | **FECHA INICIO CONTRATO** | 21/01/2024 | | |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 32.827.392 | **PLAZO INICIAL DEL CONTRATO** | DOS (02) MESES | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 129.913.264 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 11.882.832 | | |
| **N° DE INFORME:** | No.12 | **N° CRP:** | 13799 | **N° CDP:** | 143 |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | ONCE (11) MESES Y DIEZ (10) DÍAS | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | ISC HOSPITAL SANTA CLARA | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | DANNYS IVETH TEHERAN TURIZO | DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05 | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| **N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:** | N/A | **TIPO DE MODIFICACIÓN** | **ADICIÓNES** | 6 | **PRORROGAS** | 6 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **VALOR ADICIONADO** | $ 227.968 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 936 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 21425 | **TIEMPO PRORROGA** | UN MES (1) |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 11.113.440 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1259 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 25020 | **TIEMPO PRORROGA** | UN MES (1) |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 16.670.160 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1617 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 28583 | **TIEMPO PRORROGA** | UN MES (1) Y DIEZ (10) DÍAS |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 11.113.440 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 2191 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 32746 | **TIEMPO PRORROGA** | UN MES (1) |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 36.588.864 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 2612 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 36863 | **TIEMPO PRORROGA** | TRES MESES (3) |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 21.372.000 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 3752 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 45848 | **TIEMPO PRORROGA** | DOS MESES (2) |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **CRP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGA** | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **CRP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGA** | |

**III. POLIZAS**

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

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

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

| ITEM | |
|---|---|
| 1 | Realizar control de calidad de citologías positivas |
| 2 | Verificación y firma de resultados positivos. |
| 3 | Control de calidad del 10% de citologías negativas |
| 4 | Realizar las actividades y procedimientos necesarios para el manejo de patologías, establecidos dentro del plan de atención de su especialidad. |
| 5 | Verifica la identificación de cada muestra (frasco y protocolo), hace la revisión del espécimen y describe sus características en una grabación. |
| 6 | Realiza cortes según el tipo de muestra, deposita los cortes en los casette de inclusión. |
| 7 | Coloca dentro del casete la muestra, coloca la tapa y deposita en una caja el casette de inclusión en formol al 10% para luego enviarla a proceso histológico. |
| 8 | Recibe y revisa las láminas histológicas verificando en cada caso que la numeración, el número de láminas y el tejido coincidan con lo enviado a proceso. |
| 9 | Realiza el examen microscópico de cada muestra. |
| 10 | Realiza registro diario del mantenimiento de microscopio a su cargo. |
| 11 | Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica. |
| 12 | Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. |
| 13 | Notificar los sucesos de calidad y de seguridad del paciente que se presenten en el servicio. |
| 14 | Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar, con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad |
| 15 | Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos, guías, manuales, protocolos y demás establecidos por la Entidad, además de apoyar la implementación de los mismos. |
| 16 | Apoyar en la elaboración y actualización de los manuales, procedimientos y protocolos asistenciales propios del área. |
| 17 | Mantener la reserva de la información, de cuardo con la normatividad aplicable. |
| 18 | Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus actividades. |
| 19 | Velar porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio. |
| 20 | Aplicar los procedimientos de bioseguridad, gestión ambiental y calidad con el fin de disminuir los riesgos tanto para los funcionarios como para la comunidad y el medio ambiente. |
| 21 | Realizar lavado de manos de acuerdo con técnica multimodal. |
| 22 | Se desarrollarán las actividades en cualquiera de las unidades correspondientes a la Subred Centro Oriente de acuerdo a la asignación realizada por el supervisor. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. |

**V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

| **No. DE PLANILLA:** | 1068638921 | **OPERADOR:** | SIMPLE |
|---|---|---|---|
| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
| **SALUD:** | FAMISANAR | 6/12/2024 | $ 717.000 |
| **PENSIÓN:** | COLFONDOS | 6/12/2024 | $ 975.200 |
| **RIESGOS LABORALES:** | SURA | 6/12/2024 | $ 139.800 |
| **OTRO** | | | |
| | **TOTAL PAGADO** | | $ 1.832.000 |

**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

**YEZID GONZALEZ CANIZALEZ**
**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**CC: 75096113**
**CEL:3134700875**

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: (31/12/2024)** | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **YEZID GONZALEZ CANIZALES** | **CC:** | 75096113 |
| | | **RUT (NIT):** | |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | yegoca@gmail.com | **TELÉFONO:** | 3133470875 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | CRA 77 No 20-20 | **CIUDAD:** | Bogota DC |
| **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 | | ( ) | |

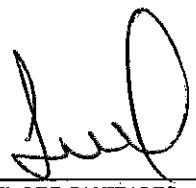
La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación 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:** | **DAVIVIENDA** | | | | | |
| **NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)** | | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | | **570122408** |

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

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DEL CONTRATO:** | **PS 1693 2024** | **N° CDP:** | **3752** | **N°. RP:** | **45848** | **PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :** |
| | | | | | | **ONCE (11) MESES Y DIEZ (10) DÍAS** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **21/01/2024** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | **31/12/2024** | | **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** |
| | | | | | | **$ 129.913.264** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | DEL 01/12/2024 AL 31/12/2024 | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)** | **$ 11.882.832** | | | | | |
| | **ONCE MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS M/CTE** | | | | | |



**YEZID GONZALEZ CANIZALES**
**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA**
**C.C 75096113**
**CEL: 3133470875**

| | | |
|---|---|---|
| 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<br>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN<br>FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION | CÓDIGO: AP-IA-FT-078<br>VERSIÓN: 2<br>FECHA: 2024-09-16 |

| CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y | |
|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA | YEZID GONZALEZ CANIZALES |
| NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 75.096.113 |

**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

| | |
|---|---|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO PATOLOGO 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 1693 2024 | | FECHA INICIO CONTRATO | | 21/01/2024 |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | $ 32.827.392 | | | | |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | $ 129.913.264 | | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | | $ 11.882.832 |
| N° PAGO / N° DE INFORME: | No.12 | N° CRP INICIAL: | 13799 | N° CDP INICIAL DEL CONTRATO | 143 |
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS | ONCE (11) MESES Y DIEZ (10) DÍAS | | | | |
| N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL: | N°1068638921 | | OPERADOR: | | SIMPLE |
| PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES: | APOYO DIAGNOSTICO | | | | |
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | ISC HOSPITAL SANTA CLARA | | | | |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | DANNYS IVETH TEHERAN TURIZO | | DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05 | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| N° DE MODIFICACIÓN: | N° ( ) | TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA): | | | | ADICIÓN ( 6 ) | PRORROGA (6) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VALOR ADICIONADO | $ 227.968 | CDP DE LA ADICIÓN: | 936 | RP DE LA ADICIÓN: | 21425 | TIEMPO PRORROGADO: | UN MES (1) |
| VALOR ADICIONADO | $ 11.113.440 | CDP DE LA ADICIÓN: | 1259 | RP DE LA ADICIÓN: | 25020 | TIEMPO PRORROGADO: | UN MES (1) |
| VALOR ADICIONADO | $ 16.670.160 | CDP DE LA ADICIÓN: | 1617 | RP DE LA ADICIÓN: | 28583 | TIEMPO PRORROGADO: | UN MES (1) Y DIEZ DIAS |
| VALOR ADICIONADO | $ 11.113.440 | CDP DE LA ADICIÓN: | 2191 | RP DE LA ADICIÓN: | 32746 | TIEMPO PRORROGADO: | UN MES (1) |
| VALOR ADICIONADO | $ 36.588.864 | CDP DE LA ADICIÓN: | 2612 | RP DE LA ADICIÓN: | 36863 | TIEMPO PRORROGADO: | TRES MESES (3) |
| VALOR ADICIONADO | $ 21.372.000 | CDP DE LA ADICIÓN: | 3752 | RP DE LA ADICIÓN: | 45848 | TIEMPO PRORROGADO: | DOS MESES (2) |
| 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 | | |

**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 ( 01/12/2024) AL (31/12/2024).

| | |
|---|---|
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO: | DANNYS IVETH TEHERAN TURIZO<br>NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:<br>CARGO: DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05 |
| | Catherine Lugo C.<br>NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:<br>CATHERINE LUGO CRSITIANO<br>PERFIL:Referente Apoyo Diagnostico |

DIAN

# FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

DIAN

## Representación Gráfica

### Datos del Documento

**Código Único de Factura - CUFE :**
370b63c0b510895b8ef3fafa34d5490e547cfec47e1af922f90a2008f80a43dfe9363783b75b0ee9e15b00ebce31543b

**Número de Factura:** FEYG-201
**Fecha de Emisión:** 06/12/2024
**Fecha de Vencimiento:** 06/12/2024
**Tipo de Operación:** 10 - Estándar

**Forma de pago:** Contado
**Medio de Pago:** Transferencia Débito
**Orden de pedido:**
**Fecha de orden de pedido:**

### Datos del Emisor / Vendedor

**Razón Social:** GONZALEZ CANIZALES YEZID
**Nombre Comercial:** GONZALEZ CANIZALES YEZID
**Nit del Emisor:** 75096113
**Tipo de Contribuyente:** Persona Natural
**Régimen Fiscal:**R-99-PN
**Responsabilidad tributaria:** ZZ - No aplica
**Actividad Económica:** 8621

**País:** Colombia
**Departamento:** Bogotá
**Municipio / Ciudad:** Bogotá, D.c.
**Dirección:** CL 86 A 69 T 81 IN 3 AP 602
**Teléfono / Móvil:** 3133470875
**Correo:** yegoca@gmail.com

### Datos del Adquiriente / Comprador

**Nombre o Razón Social:** SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
**Tipo de Documento:** NIT
**Número Documento:** 900959051
**Tipo de Contribuyente:** Persona Jurídica
**Régimen fiscal:** R-99-PN
**Responsabilidad tributaria:** ZZ - No aplica

**País:** Colombia
**Departamento:** Bogotá
**Municipio / Ciudad:** Bogotá, D.c.
**Dirección:** DG 34 5 43
**Teléfono / Móvil:** 3282828
**Correo:**
recepcionfacturasservicios@subredcentrooriente.gov.co

### Detalles de Productos

| | | | | | | | | IMPUESTOS | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nro. | Código | Descripción | U/M | Cantidad | Precio unitario | Descuento detalle | Recargo detalle | IVA | % | INC | % | Precio unitario de venta |
| 1 | 3 | HONORARIOS PROFESIONALES PATOLOGIA | NIU | 1,00 | $ 11.968.320,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | | | | | $ 11.968.320,00 |

### Notas Finales

Linea de negocio:

## Datos Totales

**Documento generado el:**
06/12/2024 07:55:30
**Documento validado por la DIAN:**
06/12/2024 07:55:31
**XML Generado por: Solución Gratuita DIAN**
800197268
**PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN**
**Nit:800197268**

| | |
|---|---|
| MONEDA | COP |
| TASA DE CAMBIO | 0 |

| | |
|---|---|
| **Subtotal** | 11968320 |
| Descuento detalle | 0,00 |
| Recargo detalle | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | 11968320 |
| IVA | 0,00 |
| INC | 0,00 |
| Bolsas | 0,00 |
| Otros impuestos | 0 |
| **Total impuesto (=)** | 0 |
| **Total neto factura (=)** | 11968320 |
| Descuento Global (-) | 0,00 |
| Recargo Global (+) | 0,00 |
| **Total factura (=)** | **COP $** $ 11968320 |

**Valores informativos**

| | |
|---|---|
| **ANTICIPOS** | |
| Anticipos | 0 |

| | |
|---|---|
| **RETENCIONES** | |
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA | 0,00 |
| Rete ICA | 0,00 |

| | |
|---|---|
| MONEDA | COP |
| TASA DE CAMBIO | |

| | |
|---|---|
| **Subtotal** | 11.968.320,00 |
| Descuento detalle | 0,00 |
| Recargo detalle | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | 11.968.320,00 |
| IVA | 0,00 |
| INC | 0,00 |
| Bolsas | 0,00 |
| Otros impuestos | 0,00 |
| **Total impuesto (=)** | 0,00 |
| **Total neto factura (=)** | 11.968.320,00 |
| Descuento Global (-) | 0,00 |
| Recargo Global (+) | 0,00 |
| **Total factura (=)** | **COP $** $ 11.968.320,00 |

**Valores informativos**

| | |
|---|---|
| **ANTICIPOS** | |
| Anticipos | 0,00 |

| | |
|---|---|
| **RETENCIONES** | |
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA | 0,00 |
| Rete ICA | 0,00 |

Numero de Autorización: 18764078155572 Rango desde: 177 Rango hasta: 500 Vigencia: 2025-02-28

Simple

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2024-12-06, 07:51:27 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 10686389921

**Periodo Cotización:** noviembre de 2024 **Periodo Servicio:** noviembre de 2024

**PAGADO 06/12/2024**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | YEZID GONZALEZ CANIZALES | | |
| **Documento** | CC75096113 | **Dirección** | CL 86A #69 T - 81 TORRE 3 APTO 602 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 504 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | ARL SURA |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VST | IRP | Días APF | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 75096113 | YEZID GONZALEZ CANIZALES | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 0 | (23)001) COLFONDOS | $ 5.736.000 | $ 975.200 | (EPS017) FAMISANAR EPS | $ 5.736.000 | $ 717.000 | 2,436 | $ 5.736.000 | $ 139.800 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.832.000 |

## III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 5.736.000 | $ 5.736.000 | $ 5.736.000 | $ 0 | $ 975.200 | $ 717.000 | $ 139.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.832.000 | $ 2.700 | $ 1.834.700 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de la SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.