1927
1919

| | | |
|---|---|---|
| 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: A?-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** | | | | | | |
| **MARIA ALEJANDRA ROMERO FRAGOZO** | | | | | | |
| **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | | | **1.032.505.914** | | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION SERVICIO URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E | | | | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | | **PS 2899 2024** | | **FECHA INICIO CONTRATO** | | **21/01/2024** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | **$** | **13.119.324** | **PLAZO INICIAL DEL CONTRATO** | **DOS (2) MESES** | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | **$** | **80.620.362** | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | | **$ 6.771.264** |
| **Nº DE INFORME:** | **13** | | **Nº CRP:** | **14126** | **Nº CDP:** | **317** |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | **11 MESES; 10 DIAS** | | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | | | **4EG HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN** | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | | | FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05 | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:** | **0** | **TIPO DE MODIFICACIÓN** | **ADICIÓNES** | **7** | **PRORROGAS** | **7** | |
| **VALOR ADICIONADO** | **$ 9.522.090** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1030 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 22342 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | **$ 7.617.672** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1270 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 25281 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | **$ 5.501.652** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1619 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 29288 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS |
| **VALOR ADICIONADO** | **$ 6.559.662** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 2200 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 32559 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | **$ 20.948.598** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 2598 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 36684 | **TIEMPO PRORROGADO:** | TRES (3) MESES |
| **VALOR ADICIONADO** | **$ 15.446.946** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 3753 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 12027 | **TIEMPO PRORROGADO:** | DOS (2) MESES |
| **VALOR ADICIONADO** | **$ 1.904.418** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 3763 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 44942 | **TIEMPO PRORROGADO:** | DOS (2) MESES |

**III. POLIZAS**

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

| ITEM | IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO<br>**(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 | Informé al supervisor del contrato las novedades que afectaron el cumplimiento de mis obligaciones |
| 26 | Factilité 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 HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN CON 192 HORAS** |

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

| **No. DE PLANILLA:** | 10685917789 | **OPERADOR:** | **PAGO SIMPLE** |
|---|---|---|---|
| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
| **SALUD:** | **SALUD TOTAL** | 07-12-2024 | 328 000 |
| **PENSIÓN:** | **COLPENSIONES** | 07 12 2024 | 419 900 |
| **RIESGOS LABORALES:** | **POSITIVA** | 07-12-2024 | 64 000 |
| **OTRO** | **NA** | | |
| | **TOTAL PAGADO** | | 811 900 |

**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

Alejandra Romero

**MARIA ALEJANDRA ROMERO FRAGOZO**
**CC: 1032505914**
**CEL: 3014950414**

| | | |
|---|---|---|
| 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** | | | **MARIA ALEJANDRA ROMERO FRAGOZO** | | |
| **NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | | | **1.032.505.914** | | |
| **I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | | | | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION SERVICIO URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E | | | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 2899 2024** | | **FECHA INICIO CONTRATO** | | **21/01/2024** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | **$** | | | | 13.119.324,00 |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | **$** 80.620.362 | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | | **$** 6.771.264 |
| **N° PAGO / N° DE INFORME:** | 13 | **N° CRP INICIAL:** | 14126 | **N° CDP INICIAL DEL CONTRATO** | 317 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | 11 MESES; 10 DIAS | | | | |
| **N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:** | 1067194260<br>1068591789 | | **OPERADOR:** | PAGO SIMPLE | |
| **PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:** | DIRECCION TECNICA DE URGENCIAS | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | 4EG HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05 | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| **N° DE MODIFICACIÓN:** | 0 | **TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):** | | | | ADICION (6) | PRORROGA (7) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **VALOR ADICIONADO** | **$ 9.522.090** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1030 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 22342 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | **$ 7.617.672** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1270 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 25281 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | **$ 5.501.652** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1619 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 29288 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS |
| **VALOR ADICIONADO** | **$ 6.559.662** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 2200 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 32559 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | **$ 20.948.598** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 2598 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 36684 | **TIEMPO PRORROGADO:** | TRES (3) MESES |
| **VALOR ADICIONADO** | **$ 15.446.964** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 3753 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 12027 | **TIEMPO PRORROGADO:** | DOS (2) MESES |
| **VALOR ADICIONADO** | **$ 1.904.418** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 3763 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 44942 | **TIEMPO PRORROGADO:** | DOS (2) MESES |

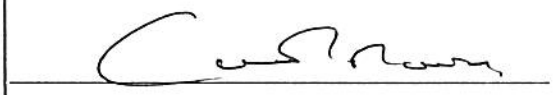
| III. POLIZAS (SI APLICA) | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO? | SI | | NO | X |
| N° DE PÓLIZA: | | NOMBRE DE LA ASEGURADORA: | | |
| FECHA DE LA PÓLIZA | DD/MM/AAAA | ACTO ADMINISTRATIVO DE | | |

**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:** | <br>**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO**<br>**CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05** |
| | <br>**NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: CARLOS ALBERTO MARIN**<br>**PERFIL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO EMERGENCIOLOGO** |

| | | |
|---|---|---|
| Secretaría Distrital de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Centro Oriente E.S.E. | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-014**<br>**VERSIÓN: 6**<br>**FECHA: 2024-09-16** |

| **DATOS DEL CONTRATISTA** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/12/2024)** | | | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | MARIA ALEJANDRA ROMERO FRAGOZO | **CC:** | | 1032505914 | |
| | | **RUT (NIT):** | | 141113547856 | |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | marfragozo99@gmail.com | **TELÉFONO:** | | 3014950414 | |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | CARRERA 57BIS #57B-63 BLOQUE 50 APTO 501 | **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.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Régimen 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:** | **OTRO** | | | | |
| **NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)** | **DAVIVIENDA** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **008800712401** |

| **NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DEL CONTRATO:** | **PS 2899 2024** | **N° CDP:** | **3753** | **N°. RP:** | **12027** | **PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 11 MESES; 10 DIAS** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **21/01/2024** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | **31/12/2024** | | **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $80.620.362** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | DEL 01/12/2024 AL 31/12/2024 | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)** | **$** | | | | | **6.771.264** |
| | **SEIS MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y UN MIL DOSCIENTOS SESENTA Y CUATRO** | | | | | |

Alejandra Romero

**MARIA ALEJANDRA ROMERO FRAGOZO**

**C.C 1032505914**

**CEL: 3014950414**

# PAGOSIMPLE | Prefactura

**Fecha creación reporte:** 2024-12-04, 07:41:44 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Número Planilla:** 1068591789

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

**Fecha limite de pago:** 2024-12-04

## GUARDADA 04/12/2024

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | MARIA ALEJANDRA ROMERO FRAGOZO | | | | |
| **Documento** | CC1032505914 | **Dirección** | CR 57BIS #57 B - 63 | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3014950414 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. | | |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | | | |

### II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Administradora | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministeri |
| CC 1032505914 | ROMERO FRAGOZO MARIA ALEJANDRA | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | COLPENSIONES | $ 2.623.865 | $ 419.900 | SALUD TOTAL EPS | $ 2.623.865 | $ 328.000 | POSITIVA DE SEGUROS | $ 2.623.865 | $ 64.000 | NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ |

### III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes FSP | Aportes FSS | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE | TOTAL INTERESES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 2.623.865 | $ 2.623.865 | $ 2.623.865 | $ 0 | $ 419.900 | $ 0 | $ 0 | $ 328.000 | $ 64.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 811.900 | $ 500 |



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!

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

# PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2024-12-07, 07:18:51 PM Tipo Planilla I Número Planilla 1068591789

Periodo Cotización 202411 Periodo Servicio 202411

Cliente:

## PAGADA 2024-12-07 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Razon Social | MARIA ALEJANDRA ROMERO FRAGOZO | | | | |
| Documento | CC 1032505914 | Dirección | CR 57BIS #57 B - 63 | | |
| Tipo de Empresa | INDEPENDIENTE | Teléfono | 3014950414 | | |
| Tipo Persona | NATURAL | Forma Presentación | ÚNICO | Total Afiliados | 1 |
| Ciudad | BOGOTA D.C. | Departamento | BOGOTA D.C. | | |
| Representante Legal | | Identificación | | | |

### II. DATOS DEL AFILIADO

| Documento | CC 1032505914 | | Residente | | Exonerado | N | Apellidos y Nombres | Código Ciudad - Departamento | Centro de Trabajo | Ubicación Laboral |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 59 | 00 | | | | | ROMERO FRAGOZO MARIA ALEJANDRA | 11001000 - 11 | | BOGOTA D.C. |

### III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Extranjero | Tipo salario | Salario | Pensión | | | | | | Salud | | | | | | Riesgos | | | | | | Caja | | | | Parafiscales | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | | | | Código AFP | Código Tras. AFP | Tarifa AFP | IBC | Total Aporte AFP | Total Aporte FSP | Total Aporte FSPS | Código EPS | Código Tras. EPS | Tarifa EPS | IBC EPS | Aporte Salud | Aporte UPC | Código ARL | Clase Riesgo | Tarifa ARL | IBC ARL | Aporte Riesgos | Código CCF | Tarifa CCF | IBC CCF | Aporte Caja | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Aporte ICBF |
| | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | | | | | | | | | | $ 2.623.865 | 25-14 | | 16 % | $ 2.623.865 | $ 419.900 | $ 0 | $ 0 | EPS002 | | 12,5 % | $ 2.623.865 | $ 328.000 | $ 0 | 14-23 | 3 | 2,436 % | $ 2.623.865 | $ 64.000 | NN-CC | 0 % | $ 0 | $ 0 | 0 % | $ 0 | 0 % | $ 0 |

### IV.TOTALES

| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSPS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COLPENSIONES | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | SALUD TOTAL EPS | POSITIVA DE SEGUROS | NINGUNA CCF | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 419.900 | $ 0 | $ 0 | $ 328.000 | $ 64.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 811.900 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellin: 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 lo SIMPLE