	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

DIANA KATERIN PAEZ PEÑA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		**1.016.018.098**			
OBJETO DEL CONTRATO:	**PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TRABAJADOR SOCIAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1065 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**21/01/2024**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 7.419.456**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	**21/01/2024 Dos (2) meses**		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 42.043.584**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 3.709.728**	
N° DE INFORME:	**12**	**N° CRP:**	**13342**	**N° CDP:**	**284**
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	**(ONCE MESES Y DIEZ DIAS)**				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	**ISC HOSPITAL SANTA CLARA**				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**DRA. SHIRLEY JANNETH TORRES RODRIGUEZ - JEFE DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	**6**	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	**6**	**PRORROGAS**	**6**	
VALOR ADICIONADO	**$ 3.709.728**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**939**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**21608**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**1 MES**
VALOR ADICIONADO	**$ 3.709.728**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**1256**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**24276**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**1 MES**
VALOR ADICIONADO	**$ 4.946.304**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**1616**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**29348**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**1 MES Y 10 DIAS**
VALOR ADICIONADO	**$ 3.709.728**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**2203**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**33631**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**1 MES**
VALOR ADICIONADO	**$ 11.129.184**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**2600**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**36769**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**3 MESES**
VALOR ADICIONADO	**$ 7.419.456**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**3750**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**46797**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**2 MESES**
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:**	
VALOR ADICIONADO	**$ -**	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS

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

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	Se brinda orientación e información general que solicita el usuario con el fin se facilite el acceso a los servicios de salud; adicionalmente de acuerdo a la solicitud de los servicios se establece contacto con el paciente brindando la información necesaria para garantizar la atención en salud. 36 firmas en planillas de firmas de pacientes.
2	De manera diaria se realiza el registro y actualización en la matriz correspondiente donde se consolida toda la información de cada usuario recepcionado por el área de trabajo social como estudios sociales de caso, reportes de oxigenos, base de abandonos y matriz de población Embera.
3	Se realiza seguimiento mediante censo hospitalario en urgencias adultos de manera diaria, idetificando barreras de acceso, vulnerabilidad social y/o dificultades en aseguramiento. Se realizan 69 intervenciones de interconsultas de pacientes por riesgo social.32 notas en historia clinica de seguimientos de pacientes de urgencias adultos.

4	Se hace radicación para trámites de 3 oxigenos domicilairios (diligenciamiento en DRIVE Institucional) registro en HC- radicacion en oficina de autorizaciones- Con la finalidad de contribuir al giro de cama de manera oportuna.
5	De acuerdo a los casos atendidos se realizan las gestiones pertinentes a identificar a la persona que solicita el servicio, población vulnerable y población extranjera e indocumentados. Se realizan 33 ESC de poblacion migrante irregular.
6	Se realizan 20 registros en aplicativo del SIDMA según barreras identificadas. De las gestiones realizadas con los usuarios atendidos por Trabajo Social.
7	Se realiza seguimiento a paciente en articulación con el área de autorizaciones, se garantiza aplicación de Estudio de caso para pacientes extranjeros, Se orienta a usuarios en el proceso de afiliación o dependiendo la situación socio económica en que este, también se reporta según el caso si se evidencia riesgo o negligencia por medio de ficha SIVIM. Se envían 50 correos de seguimientos de EPS solicitando según el caso portabilidad, traslado y correspondiente autorizaciones.
8	Se realiza aplicación de 3 encuestas de satisfacción asignadas al proceso, se realiza socializaciòn con el modelo de salud a mi barrio y RIAS a 24 firmas de usuarios del servicio de urgencias.
9	Se gestiona todo el tramite a pacientes en condición de abandono social desde proceso de cedulación hasta entrega en hogares de SDIS en momento de contar con cupo, se realiza registro de las acciones en el drive dispuesto para tal fin y en historia clinica, se hace reporte de los menores de edad a ICBF de acuerdo a identificación de Factores de Riesgo Social. Se solicita (6) cupo en hogar de paso a población habitante de calle sin red de apoyo familiar, en el mes se realizan (10) tramites de solicitudes a reportes y traslados a ICBF.
10	Se da respuesta a las actividades acordadas, y horarios establecidos por el supervisor del contrato, De acuerdo a las orientaciones brindadas se presta el servicio en Hospital Santa Clara. Se realiza pago de planilla de seguridad social en salud del mes correspondiente. Se sensibiliza a 30 funcionarios en derechos y deberes con firmas en formato planilla.
11	Se indaga en historia clinica datos de contacto para ubicación de redes de apoyo del paciente
12	Se asiste a los espacios de fortalecimiento convocados por la oficina de Participación Comunitaria y Servicio al ciudadano y la Subred
13	Se apoyara los subprocesos teniendo en cuenta las necesidades de la oficina de Participación Comunitaria y Servicio al ciudadano, se asiste a reunion mensual de fortalecimiento enviando evaluacion de asistencia
14	Se realiza apoyo a instituciones terceras o personas que requieran el acompañamiento de trabajo social
15	Se garantiza la reserva y confidencialidad de los diferentes aplicativos institucionales. Se utilizan los diferentes aplicativos para consulta de formatos e información según se requieran
16	Se atiende el llamado de los diferentes servicios del hospital para cumplir con las obligaciones y necesidades requeridas por los mismos con respuesta de manera oportuna
17	Se porta el carnet institucional que acredita como funcionario de la Subred Centro Oriente, se ingresa a los servicios de acuerdo los protocolos establecidos por el servicio de epidemiologia
18	Se asiste a las reuniones programadas por el supervisor del contrato, y se realizaron todas aquellas acciones de carácter administrativo que conlleven al cumplimiento de su objetivo contractual y atender a las demás funciones que sean asignadas en la realización del objeto contractual

V. INFORMACION DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**82298899**	**OPERADOR:**	**MI PLANILLA**

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	09/12/2024	$ 185.500
PENSIÓN:	PORVENIR	09/12/2024	$ 237.500
RIESGOS LABORALES:	SURA	09/12/2024	$ 36.200
OTRO	CCF COMPENSAR	09/12/2024	$ 29.700
TOTAL PAGADO			$ 488.900

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)

Turno urgencias dia Santa Clara

DIANA KATERIN PAEZ PEÑA:
CC: 1016018098
CEL: 3202971616

Secretaría Distrital 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	DIANA KATERIN PAEZ PEÑA				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.016.018.098				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TRABAJADOR SOCIAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1065 2024	FECHA INICIO CONTRATO	21/01/2024		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 7.419.456,00				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 42.043.584,00	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 3.709.728,00		
N° PAGO / N° DE INFORME:	12	N° CRP INICIAL:	13342	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	284
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	(ONCE MESES Y DIEZ DIAS)				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	82298899	OPERADOR:	MI PLANILLA		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	1SC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DRA. SHIRLEY JANNETH TORRES RODRIGUEZ - JEFE DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N° 6	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICION N° 6	PRORROGA N° 6
VALOR ADICIONADO	$ 3.709.728	CDP DE LA ADICIÓN:	939	RP DE LA ADICIÓN:	21612	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.709.728	CDP DE LA ADICIÓN:	1256	RP DE LA ADICIÓN:	24280	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.946.304	CDP DE LA ADICIÓN:	1616	RP DE LA ADICIÓN:	29352	TIEMPO PRORROGADO:	1MES Y 10 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3.709.728	CDP DE LA ADICIÓN:	2203	RP DE LA ADICIÓN:	33635	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 11.129.184	CDP DE LA ADICIÓN:	2600	RP DE LA ADICIÓN:	36769	TIEMPO PRORROGADO:	3 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 7.419.456	CDP DE LA ADICIÓN:	3750	RP DE LA ADICIÓN:	46797	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES
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:	
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:	N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A		ACTO ADMINISTRATIVO DE		N/A

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/DICIEMBRE/2024) AL (31/DICIEMBRE/2024)**

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

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:
DRA. SHIRLEY JANNETH TORRES RODRIGUEZ
CARGO:
JEFE DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
MARTHA PATRICIA CARDENAS CARDENAS
PERFIL:
TECNICO ADMINISTRATIVO II

	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:	DIANA KATERIN PAEZ PEÑA	CC: RUT (NIT):	1016018098 1016018098
CORREO ELECTRÓNICO:	paezkaterints23@gmail.com	**TELÉFONO:**	**3202971616**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CARRERA 9 A 75 A 29 SUR**	**CIUDAD:**	**BOGOTA 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

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 (ESCRIBA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	24167288720

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

N° DEL CONTRATO:	**PS 1065 2024**	**N° CDP:**	**3750**	**N°. RP:**	**46797**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS: 11 MESES Y 10 DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**21/01/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/12/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:$42,043,584**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 01/12/2024 AL 31/12/2024**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	**$**					**3.709.728**
	Tres millones setecientos nueve mil setecientos veintiocho pesos.					

DIANA KATERIN PAEZ PEÑA
C.C 1016018098
cel: 3202971616

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1016018098	DIANA KATERIN PAEZ PEÑA		Cll75b sur 2 31	8197709	diak_123@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	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
2024-11	2024-11	I	09/12/2024	82298899	TOTAL A PAGAR	
					$488.900	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	185.500	0		0		0	0	0	0	185.500	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
231001	Colfondos	800227940-6	237.500	0	0	0	0	0	0		237.500	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	36.200				36.200	0	0	36.200			362	36.200	1

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	29.700	0	0	29.700	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	185.500	185.500
Pensión	1	237.500	237.500
Riesgos Laborales	1	36.200	36.200
CCF	1	29.700	29.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	488.900	488.900

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1016018098	DIANA KATERIN PAEZ PEÑA		Cll75b sur 2 31	8197709	diak_123@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	- 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	
2024-11	2024-11	I	09/12/2024	82298899	$488.900	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza en exterior	Residente	ING	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
CC	1016018098	PAEZ PEÑA DIANA KATERIN	59	0			N																	231001	1.483.891	237.500	0	0	0	0	EPS002	1.483.891	185.500	14-23	1.483.891	3	38.200	CCF24	1.483.891	29.700	0	0	0	0	0

PAGADA

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