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 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

MEYER YEZID VILLANUEVA MENESES

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			**80.156.038**		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO PSICOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1384 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**21/01/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$** 7.194.624	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	DOS (2) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$** 39.083.296		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 3.466.610**
N° DE INFORME:	12	**N° CRP:**	13541	**N° CDP:**	146
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES Y DIEZ (10) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	6	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	6	**PRORROGAS**	6	
VALOR ADICIONADO	3.672.256	**CDP DE LA ADICIÓN:**	935	**CRP DE LA ADICIÓN:**	21257	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	3.022.741	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1260	**CRP DE LA ADICIÓN:**	24171	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	4.771.435	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1631	**CRP DE LA ADICIÓN:**	28986	**TIEMPO PRORROGADO:**	DOS (2) MESES
VALOR ADICIONADO	3.634.784	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2204	**CRP DE LA ADICIÓN:**	32374	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	10.791.936	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2622	**CRP DE LA ADICIÓN:**	36321	**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES (3) MESES
VALOR ADICIONADO	5.995.520	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3757	**CRP DE LA ADICIÓN:**	45705	**TIEMPO PRORROGADO:**	DOS (2) MESES
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:	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	Atención diaria de pacientes psiquiatricos hospitalizados en la unidad de salud mental UMHES Santa Clara, siguiendo los protocolos cientificos establecidos y con los elementos de bioseguridad necesarios.
2	Realización de entrevista psiquiátrica semiestructurada y baterías diagnósticas a los pacientes hospitalizados en la unidad de salud mental UMHES Santa Clara, con los elementos de bioseguridad necesarios.
3	Atención diaria de pacientes psiquiatricos en los diferentes servicios de la Unidad Santa Clara, según las necesidades y la dinamica de la poblacion a atender, con los elementos de bioseguridad necesarios.
4	Informacion detallada sobre los diagnsoticos y diferenrtes tratamientos administrados al paciente durante las entrevistas diarias y entrevista presencial y telefonica a familiares responsables de los pacientes, siguiendo lso protocolos de bioseguridad establecidos en la subred.
5	Diligenciamiento de la Historia Clinica y los diferentes documentos y anexos necesarios para la atencion intrahospitalria de los pacientes atendidos en el programa Dinamica, según la reglamentacion correspondiente.
6	Cumplimiento de los protocolos de humanizacion y demas protocolos que buscan una atencion dentro del marco de la etica medica
7	Valoracion y seguimiento multidisciplinario de pacientes psiquiatricos hospitalizados en la unidad de salud mental Unidad Santa Clara, en equipo confomrado por psicologia, enfermeria, trabajo social y terapia ocuapcional, siguiendo los protocolos cientificos establecidos y con los elementos de bioseguridad necesarios.
8	Diligenciamiento de diferentes documentos y anexos necesarios para la atencion intrahospitalria, asi como constancias y conceptos requeridos dentro del amrco de la privacidad y los derechos del paciente.
9	Diligenciamiento de la Historia Clinica y los diferentes documentos y anexos necesarios para la atencion intrahospitalria de los pacientes atendidos en el programa Dinamica, según la reglamentacion correspondiente y en los casos de contigencia, de forma legible en la papeleria establecida por la subred.
10	Diligenciamiento de la Historia Clinica y los diferentes documento para la atencion intrahospitalria de los pacientes atendidos, según la reglamentacion correspondiente y dentro del marco de la privacidad y los derechos del paciente.
11	Utilizacion oportuna y adecuada de los diferentes elementos de las unidades de salud mental y las diferentes areas de la Unidad Santa Clara, para la atencion de pacientes psiquiatricos, siguiendo los protocolos de bioseguridad establecidos.

12	Reporte oportuno del funcionamiento y las fallas de los diferentes recursos fisicos de la Unidad Santa Clara, siguiendo las rutas estbalecidas por la subred.
13	Adecuado cuidado en la utilizacion de los diferentes recursos fisicos de la Unidad Santa Clara, siguiendo los protocolos establecidos por la subred.
14	Se responden de manera oportuna las reclamaciones y requerimientos verbal y/o escritos solicitados por pacientes y sus familiares según los protocolos y las rutas estabelcidas por la subred.
15	Se responden de manera oportuna las reclamaciones y requerimientos según los protocolos y las rutas estabelcidas por la subred, con el fin de evitar glosas o complicaciones en la atencion de los pacientes.
16	Se notifican de manera oportuna los sucesos de bioseguridad y eventos adversos derivados de la atencion intrahospitalaria, siguiedo los protocolos y las rutas estabelcidas por la subred y buscando medidas correctivas a los mismos
17	Se reportan todos los eventos de notificacion obligatoria, siguiedo los protocolos y las rutas estabelcidas por la subred y buscando medidas correctivas a los mismos.
18	Realizacion de actividades y retroalimentaciones academicas dentro de la unidad de salud mental, buscando un constante aprendizaje en el equipo de trabajo.
19	Realizacion de psicoeducacion y charlas preventivas a pacientes y familaires buscando adecuada dherencia ambulatoria al manejo realizado intrahospitalariamente, siguiendo los protocolos estbalecidos y ussando los elementos de bioseguridad necesarios.
20	Dialogo constante con el supervisor del area de salud mental, informando las novedades en las diferentes unidades de Unidad Santa Clara-

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	10684049 47	**OPERADOR:**	**PAGOSIMPLE**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SALUD TOTAL**	09-12-2024	$ 162.500
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**	09-12-2024	$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	**BOLIVAR**	09-12-2024	$ 31.700
OTRO	**CFF(COMPENSAR)**	09-12-2024	$ 7.800
	INTERESES DE MORA		
	TOTAL PAGADO		$ 410.000

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

MEYER YEZID VILLANUEVA MENESES
80.156.038
3016706201

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:	MEYER YEZID VILLANUEVA MENESES	**CC:**	80.156.038
		RUT (NIT):	NA
CORREO ELECTRÓNICO:	MEYER.YEZID@GMAIL.COM	**TELÉFONO:**	3016706201
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KRA 79 F BIS # 36 A 62 SUR	**CIUDAD:**	BOGOTA

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 titulo del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del articulo 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 (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**045-845647-21**

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

Nº DEL CONTRATO:	**PS 1384 2024**	**Nº CDP:**	**3757**	**Nº. RP:**	**45705**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : ONCE (11) MESES Y DIEZ (10) DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**21/01/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/12/2024**		**$ 39.083.296**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/12/2024 AL 31/12/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$ 3.466.610** **TRES MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS DIEZ PESOS MCTE.**					

MEYER YEZID VILLANUEVA MENESES
80.156.038
3016706201

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 CONTPATO 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			**MEYER YEZID VILLANUEVA MENESES**			
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			**80.156.038**			
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS						
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO PSICOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E S E					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		**PS 1384 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**21/01/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		**$**				**7.194.624**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$** 39.083.296		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$**	**3.466.610**
N° PAGO / N° DE INFORME:	(12 DE 12)	**N° CRP INICIAL:**	13541	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**		146
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES Y DIEZ (10) DIAS					
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		10689044947	**OPERADOR:**	PAGOSIMPLE		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		DIRECCION DE HOSPITALIZACION MEDICINA				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		1SC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° DE MODIFICACIÓN:	**$** 6	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				6	6
VALOR ADICIONADO	3.672.256	**CDP DE LA ADICIÓN:**	935	**RP DE LA ADICIÓN:**	21257	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	3.022.741	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1260	**RP DE LA ADICIÓN:**	24171	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	4.771.435	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1631	**RP DE LA ADICIÓN:**	28986	**TIEMPO PRORROGADO:**	DOS (2) MESES
VALOR ADICIONADO	3.634.784	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2204	**RP DE LA ADICIÓN:**	32374	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	10.791.936	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2622	**RP DE LA ADICIÓN:**	36321	**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES (3) MESES
VALOR ADICIONADO	5.995.520	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3757	**RP DE LA ADICIÓN:**	45705	**TIEMPO PRORROGADO:**	DOS (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:**	

III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	X	
N° DE PÓLIZA:	NA	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		NA	
FECHA DE LA PÓLIZA	NA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE**		NA	

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:	**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:** **YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ** **CARGO:** **DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05** **NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:** **HUGO GERMAN REYES GUERRERO** **PERFIL:** **MEDICO ESPECIALISTA - REFERENTE SALUD MENTAL**

PAGOSIMPLE | Prefactura

Fecha creación reporte: 2024-11-29, 07:56:31 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Periodo Cotización: noviembre de 2024 **Periodo Servicio:** noviembre de 2024 **Referencia pago (FIN):** 8822664055

Fecha límite de pago: 2024-12-10

GUARDADA 14/11/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MEYER YEZID VILLANUEVA MENESES				
Documento	CC80156038	**Dirección**	CR 79 F BIS 36 A 62 SUR INT 1 APTO 204		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3016706201		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

IMPORTANTE: SEÑOR APORTANTE, POR FAVOR VERIFIQUE LA LIQUIDACIÓN ANTES DE REALIZAR EL PAGO, Simple S.A., da por entendido que, de realizar el pago con esta planilla, usted está de acuerdo con la información consignada, en consecuencia, la atención de cualquier inconsistencia con las administradoras es su responsabilidad. Recuerde realizar el pago de sus aportes al Sistema General de Seguridad Social dentro de las fechas establecidas y evite posibles inconvenientes en la prestación de los servicios con sus administradoras. Por favor tenga en cuenta que los pagos realizados después de las 3.00 p.m., se harán efectivos el siguiente día hábil.

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
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 APF	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 Mineducación	Total
CC 80156038	VILLANUEVA MENESES MEYER YEZID	59	00																	0	30	30	30	COLPENSIONES	$ 1.300.000	$ 208.000	SALUD TOTAL EPS	$ 1.300.000	$ 162.500	SEGUROS BOLIVAR	$ 1.300.000	$ 31.700	COMPENSAR CCF	$ 1.300.000	$ 7.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 410.000

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	TOTAL FINAL
$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 31.700	$ 7.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 410.000	$ 0	$ 410.000

IV. INFORMACION

Día hábil de pago sin mora
7

Periodo cotización salud											
Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Centro de Servicios Cafam - Supermercados Colsubsidio

8888226640550000000991231

Mibanco - Corresponsables AKI - Supermercados Comfandi - Almacenes Grupo Éxito

(415)7709998485884(8020)8822664055(3900)0000000(96)20991231

MEDIOS DE PAGO PRESENCIALES Corresponsales: Punto de pago - Punto Red - AKI (MiBanco) - MOVIiRED / Centro de Servicios: Cafam Suba / Supermercados: Tiendas Cencosud (Jumbo, Metro y Spid) - Colsubsidio - Comfandi / App: MOVii – ClaroPAY / Bancos: Mibanco - Banco de Occidente. Consulta otros medios de pago en: https://pagosimple.com/puntos-de-recaudo/

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellin: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Perera: 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.

¡El Poder de lo SIMPLE!

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-12-09, 08:49:43 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1068404947

Periodo Cotización: noviembre de 2024 **Periodo Servicio:** noviembre de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8822664055

PAGADO 09/12/2024

DATOS DEL APORTANTE

zón Social	MEYER YEZID VILLANUEVA MENESES		
cumento	CC80156038	**Dirección**	CR 79 F BIS 36 A 62 SUR INT 1 APTO 204
o de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3016706201
o Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
dad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
presentante Legal		**Identificación**	
tal Afiliados	1	**ARP**	SEGUROS BOLIVAR

DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
ificación	**Apellidos y Nombres**	**Tipo Cotizante**	**Subtipo Cotizante**	**ING**	**RET**	**RET P**	**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**	**Tarifa**	**IBC Riesgos**	**Aporte Riesgos**	**Administradora**	**IBC Caja**	**Aporte Caja**	**Aporte SENA**	**Aporte ICBF**	**ESAP**	**Aporte Ministerio**	**Total**
156038	MEYER YEZID VILLANUEVA MENESES	59	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.300.000	$ 162.500	2.436	$ 1.300.000	$ 31.700	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.300.000	$ 7.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 410.000

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
$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 162.500	$ 31.700	$ 7.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 410.000	$ 0	$ 410.000

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 lo SIMPLE!

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