



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:	KAREN PAOLA SANCHEZ LOPEZ	CC:	28797843
CORREO ELECTRÓNICO:	KSANCHEZLOPEZ@GMAIL.COM	RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CARRERA 79 C BIS # 56 SUR 03	TELÉFONO:	3223553532
		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 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:	BANCO BBVA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	552167363
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA)					

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

Nº DEL CONTRATO:	PS 3293 2024	Nº CDP:	3657	Nº. RP:	45064	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 11 MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/02/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/12/2024	S		32.109.221

PERIODO OBJETO DE COBRO: DEL 01/12/2024 AL 31/12/2024

VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	S	2.919.020
	DOS MILLONES NOVECIENTOS DIECINUEVE MIL VEINTE PESOS MONEDA CORRIENTE	

Karen Paola Seal

KAREN PAOLA SANCHEZ LOPEZ

C.C 28797843

cel:3223553532



Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 28797843	7	SANCHEZ LOPEZ KAREN PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 79 C BIS NO 56 03 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6638195	SI	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave	Tipo		Fecha		Pago		Valor	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2024-11	2024-11	1000001085	9477805292	I	2024/12/11	2024/12/05	BANCO DE BOGOTA	0	\$402,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																							
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$1,300,000	\$31,700			\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$1,300,000	\$31,700			\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$1,300,000	\$31,700			\$0	\$0	
1	CC 28797843	SANCHEZ KAREN	231001	30	\$1,300,000	\$208,000	EP5000	30	\$1,300,000	\$162,500		0	\$0	\$0		147	30	\$1,300,000	\$31,700	0		\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$1,300,000	\$31,700			\$0	\$0	



aportes
en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 28797843		SANCHEZ LOPEZ KAREN PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARBERA 79 C BIS NO 56 03 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6638195	55
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora
2024-11	2024-11	1000001085	9477605292	I	2024/12/11	2024/12/05	BANCO DE BOGOTA	0
								\$402,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$1,300,000	\$31,700		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$1,300,000	\$31,700		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$1,300,000	\$31,700		\$0	\$0	
1	CC 28797843	SANCHEZ KAREN	231001	30	\$1,300,000	\$208,000	EPS008	30	\$1,300,000	\$162,500		0	\$0	\$0	14-7	30	\$1,300,000	\$31,700	0	\$0	\$0	
Total Afiliados(1)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$1,300,000	\$31,700		\$0	\$0	

