3876

| | | |
|---|---|---|
| Red 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 VERSIÓN: 2<br>FECHA: 2024-09-16 |

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

**DANNA VALERIA RUIZ FORIGUA**

| | |
|---|---|
| **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | **1.025.142.282** |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 3876 2024** | | **FECHA INICIO CONTRATO** | | **21/03/2024** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | **$2.514.848** | **PLAZO INICIAL DEL CONTRATO** | **4 MESES 11 DÍAS** | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | **$16.925.530** | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | | **$ 1.796.320** |
| **Nº DE INFORME:** | 10 | **Nº CRP:** | 22413 | **Nº CDP:** | 933 |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | NUEVE MESES Y ONCE DIAS | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | ISC HOSPITAL SANTA CLARA | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | **SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO** | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| **Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:** | **(7) SIETE** | **TIPO DE MODIFICACIÓN** | **ADICIÓNES** | **(7) SIETE** | **PRORROGAS** | **(7) SIETE** | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **VALOR ADICIONADO** | **$1.796.320** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1372 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 26129 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | **$1.796.320** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1722 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 29790 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | **$1.736.442** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 2229 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 33926 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | **$1.796.320** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 2661 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 38125 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | **$1.796.320** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 3107 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 41208 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | **$1.796.320** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 3385 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 43205 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | **$3.592.640** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 3657 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 45080 | **TIEMPO PRORROGADO:** | DOS (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:** | |

**III. POLIZAS**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?** | | **SI** | | **NO** | X |
| **Nº 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 llamado del paciente a ventanilla de acuerdo a organización y digiturno entregado por el orientador. |
| 2 | Verificar las órdenes médicas y autorización física que presenta el paciente para su atención por consulta externa, según acuerdo de voluntades y normatividad vigente. |
| 3 | Revisar y validar servicios respecto a frecuencias de uso, grupo etario, género y según acuerdo de voluntades y normatividad vigente. |
| 4 | Realizar la facturación de los pacientes que no requieran cancelar copagos o cuotas de recuperación, previamente a la atención médica, para disminución de filas en salas de espera. |
| 5 | Generar factura electrónica de venta o registro de servicios en el sistema de información DGH y soportar con la documentación que presenta el usuario según acuerdo de voluntades y normatividad vigente. |
| 6 | Recepcionar dinero, generar recibo de caja y entregar copia al usuario de acuerdo a la atención prestada al paciente según acuerdo de voluntades y normatividad vigente. Recibir e ingresar los abonos que realicen los usuarios o pacientes en concepto de pagarés. Realizar cierre de caja, arqueo y entrega de soportes respectivos, según instructivo del área de Tesorería. |
| 7 | Entregar las facturas generadas a diario soportadas y organizadas de acuerdo instructivos y/o procedimientos del área. |
| 8 | Brindar el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información y/o bases de datos afines. |
| 9 | Realizar actualización en cuanto a la normatividad vigente en el SGSSS y asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área. |
| 10 | Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor del contrato. |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | 82434679 | **OPERADOR:** | MIPLANILLA |

| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
|---|---|---|---|
| **SALUD:** | ALIANSSALUD | 09/12/2024 | $162.500 |
| **PENSIÓN:** | PORVENIR | 09/12/2024 | $208.000 |
| **RIESGOS LABORALES:** | BOLIVAR | 09/12/2024 | $31.700 |
| **OTRO** | | | |
| | **TOTAL PAGADO** | | $ 402.200 |

**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 período correspondiente

DANNA VALERIA RUIZ FORIGUA
CC: 1025142282
CEL: 3052926814

| 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 CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN | CÓDIGO: AP-IA-FT-014<br>VERSIÓN: 6 |
|---|---|---|

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/12/2024)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **DANNA VALERIA RUIZ FORIGUA** | **CC:** | 1025142282 |
| | | **RUT (NIT):** | |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | dannavalerufo@gmail.com | **TELÉFONO:** | 3052896814 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | CRA 12 ESTE # 11 25 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 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 DAVIVIENDA** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | 488444218280 |
| **NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)** | | | | | |

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

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DEL CONTRATO:** | PS 3876 2024 | **N° CDP:** | 3657 | **N°. RP:** | 45080 | **PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 10 MESES 11 DIAS** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | 21/03/2024 | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | 31/12/2024 | | **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 16,825,530** |

| | |
|---|---|
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | DEL 1/12/2024 AL 31/12/2024 |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)** | $ 1.796.320 |
| | UN MILLÓN SETECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS MCTE |

DANNA VALERIA RUIZ FORIGUA
C.C 1025142282
cel: 3052896814

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**

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

| | |
|---|---|
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | **DANNA VALERIA RUIZ FORIGUA** |
| **NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | **1.025.142.282** |

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

| | |
|---|---|
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 3876 2024** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **21/03/2024** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | **$ 2.514.848** | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | **$ 16.825.530** | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ | 1.796.320 |
| **N° PAGO / N° DE INFORME:** | 10 | **N° CRP INICIAL:** | 22413 | **N° CDP INICIAL DEL CONTRATO** | 933 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | NUEVE MESES ONCE DIAS | | | | |
| **N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:** | **82434679** | | **OPERADOR:** | **MIPLANILLA** | |
| **PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:** | **FACTURACION - AMBULATORIOS** | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | **ISC HOSPITAL SANTA CLARA** | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | **SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO** | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| **N° DE MODIFICACIÓN:** | (7) SIETE | **TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):** | | | | (7) SIETE | (7) SIETE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **VALOR ADICIONADO** | **$1.796.320** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1372 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 26129 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | **$1.796.320** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1722 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 29790 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $1.796.320 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 2229 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 33926 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | **$1.796.320** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 2661 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 38125 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | **$1.796.320** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 3107 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 41208 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | **$1.796.320** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 3385 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 43205 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | **$3.592.640** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 3657 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 45080 | **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:** | | **NOMBRE DE LA ASEGURADORA:** | | | |
| **FECHA DE LA PÓLIZA** | | **ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:** | | | |

**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 ( 1/12/2024) AL (31/12/2024)

| | |
|---|---|
| **FIRMA DE QUIEN CONVÁLIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:** | **SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO**<br>**DIRECTOR FINANCIERO**<br><br>**YAMILE CANO HERRERA**<br>**REFERENTE FACTURACION** |

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1025142282 | DANNA VALERIA RUIZ FORIGUA | Cra 12 este 11 25 sur | 2896814 | dannavalerufo@gmail.com | |
| FORMA SENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | 1 – 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: 1 / UPC: 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR |
| 2024-11 | 2024-11 | I | 09/12/2024 | 82434679 | $402.200 |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

### TOTALES SALUD

| o 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 | | | | | |
| 001 | ALIANSALUD EPS S.A. | 830113831-0 | 162.500 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 162.500 | 1 |

### TOTALES PENSIÓN

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | Porvenir | 800224808-8 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 208.000 | 1 |

### TOTALES RIESGOS LABORALES

| 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 | | | | | | | | | | |
| 7 | Seguros Bolivar S.A. | 860002503-2 | 31.700 | | | | 31.700 | 0 | 0 | 31.700 | | | 317 | 31.700 | 1 |

### TOTALES CAJAS

| go CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

### TOTALES PARAFISCALES

| 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 | 162.500 | 162.500 |
| Pensión | 1 | 208.000 | 208.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 31.700 | 31.700 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 402.200 | 402.200 |

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



## DATOS DEL APORTANTE

| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1025142282 | DANNA VALERIA RUIZ FORIGUA | | Cra 12 este 11 25 sur | 2896814 | dannavalerufo@gmail.com | |
| **FORMA PRESENTACIÓN** | **CLASE APORTANTE** | **NOMBRE SUCURSAL** | **CÓDIGO** | **DEPARTAMENTO** | **CIUDAD / MUNICIPIO** | | |
| ÚNICA | 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 |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2024-11 | 2024-11 | | 09/12/2024 | 82434679 | $402,200 | |

## POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ción | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Cólom. Exterior | Exonerado | 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 |
| 282 | RUIZ FORIGUA DANNA VALERIA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1,300,000 | 208,000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS001 | 1,300,000 | 162,500 | 14-7 | 1,300,000 | 3 | 31,700 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |