Gobernación de Cundinamarca	GESTIÓN CONTRACTUAL	CÓDIGO: A-GC-FR-033
		VERSIÓN: 04
	RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE CONTRATOS/CONVENIOS	FECHA: 18/10/2024

El suscrito secretario(a) de despacho, ordenador del gasto o director de unidad certifica que toda la información relacionada a continuación se consultó directamente en los documentos del contrato los cuales se encuentran archivados en el expediente correspondiente. El cumplimiento a satisfacción de las obligaciones del contratista las certifica el supervisor y/o interventor del contrato, al igual que el cumplimiento frente al Sistema de Seguridad Social en Salud, Riesgos Laborales, Pensiones y aportes parafiscales, tal como lo establece el manual de vigilancia y control de la ejecución contractual vigente para la entidad.

FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	Día	Mes	Año	FECHA DE INICIO DEL CONTRATO	Día	Mes	Año	FECHA DE TERMINACIÓN (Incluidas adiciones)	Día	Mes	Año
	20	12	2024		12	12	2024		20	12	2024

SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA		SECCIÓN PRESUPUESTAL	

CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIONAL	CONTRATISTA - BENEFICIARIO	CÉDULA O NIT
SS-CMC-1358 DE 2024	X		JOHANNA BEATRIZ FORERO AVENDAÑO	52.414.582
TELÉFONO FIJO	**NÚMERO CELULAR**		**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**	**CORREO ELECTRÓNICO**
N.A.	3134915214		Cra 7A # 173-21	jbfa75@gmail.com
SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*			*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO	*CÉDULA O NIT TERCERO ALTERNATIVO

OBJETO	Realizar auditoría interna basada en la norma ISO/IEC 17025:2017, para verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos en el sistema de gestión de calidad del laboratorio de salud pública de Cundinamarca"
CLAUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	El DEPARTAMENTO - LA SECRETARÍA DE SALUD, pagará al contratista el valor total del contrato en único pago de acuerdo a los servicios efectivamente prestados, una vez se suscriba acta de recibido a satisfacción por parte del supervisor del contrato al cumplimiento del 100% del objeto contractual, todas las actividades contempladas en cada uno de los componentes y entrega de informe final, dentro de los treinta (30) días siguientes a la presentación de la factura, certificación de cumplimiento en el pago de aportes al SGSS, certificación de cumplimiento expedida por el supervisor del contrato. Parágrafo 1: En todo caso el desembolso se sujetará al Plan Anual Mensualizado de Caja – PAC, el sistema de pago utilizado por el Departamento y será consignado a una cuenta bancaria (corriente o de ahorros) de la entidad financiera que el CONTRATISTA registre el cual debe ser diligenciado y entregado a la entidad. El contratista deberá acreditar que se encuentra al día en el pago de aportes parafiscales relativos al Sistema de Seguridad Social Integral, así como los propios del Sena, ICBF y Cajas de Compensación Familiar. Parágrafo 2: El contratista pagará todos los impuestos, tasas y similares que se deriven de la ejecución del contrato, de conformidad con la Ley Colombiana.

FONDO DEL PAGO A REALIZAR	3-1100	NOMBRE DEL FONDO	SUBCUENTA SALUD PUBL COLECTIVA	VALOR DEL PAGO	$ 15.200.000
PAGO N°	1 DE 1	BANCO	DAVIVIENDA		
CUENTA N°		0550466700068300		AHORROS	

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN		VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO		$ 15.200.000,00	PORCENTAJE DEL ANTICIPO	
			VALOR ANTICIPADO	$ -
			VALOR DEL ANTICIPO	$ -
			AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$ -
DESCUENTO	DEPARTAMENTO	$ -	AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	$ -
			SALDO AMORTIZACIÓN	$ -
			VALOR BRUTO A PAGAR	$ 15.200.000
			V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$ 15.200.000
TOTAL		$ 15.200.000	SALDO POR EJECUTAR	$ -

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA			
DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC
11	12	2024	4600027040

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL			
DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA
18	12	2024	8272421

EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A SATISFACCIÓN CON EL OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO			FECHA DEL ULTIMO REPORTE DEL CONTRATO EN EL APLICATIVO SUPERVISA	Día	Mes	Año	# INFORME SUPERVISA	PERIODO A CERTIFICAR	del			Al		
									Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
SI	X		22	12	2024	2		5	12	2024	16	12	2024
NO														

NOVEDADES AL CONTRATO	Suspensión		Cesión		Terminación Anticipada		Supervisión	X	No Aplica	
OBSERVACIONES (si se requiere)										

SUPERVISOR/INTERVENTOR		ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACIÓN		ORDENADOR DEL GASTO	
NOMBRE:	GLORIA MERCEDES FUERTES VALENCIA	NOMBRE:	DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS	NOMBRE:	NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA
CARGO Y DEPENDENCIA:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	CARGO Y DEPENDENCIA:	DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	CARGO Y DEPENDENCIA:	SECRETARIO DE SALUD
FIRMA:	Gloria Fuertes	FIRMA:		FIRMA:	

liquidado
23/12/24

Cuenta de cobro N°001-2024

SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA - LABORATORIO DE SALUD PUBLICA DE CUNDINAMARCA
NIT. 899.999.114-0

DEBE A:

JOHANNA FORERO AVENDAÑO
C.C. 52.414.582 de Bogotá

LA SUMA DE:
Quince millones doscientos mil pesos m/cte ($15'200.000)

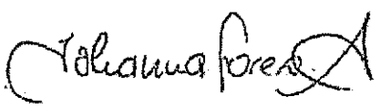
Por concepto de CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. SS-CMC-1358 DE 2024 firmado para la realización de auditoría interna para verificar el cumplimiento de los requisitos en el sistema de gestión de calidad del Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca, basado en la norma ISO17025:2017.

Por favor consignar en cuenta de ahorros Bancolombia Número 69142419378.

Dada en Bogotá, D.C. a los diecinueve (19) días del mes de diciembre del dos mil veinte y cuatro (2024).

Como residente fiscal en Colombia y para efectos de lo dispuesto en el Artículo 17 de la Ley 1819 de diciembre de 2016, y con el fin de que SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA - LABORATORIO DE SALUD PUBLICA DE CUNDINAMARCA aplique a mis honorarios la retención en la fuente indicada en el artículo 383 del E.T. o la retención en la fuente ordinaria correspondiente al servicio que presto, manifiesto bajo la gravedad de juramento que durante los últimos noventa (90) días a la fecha que se indica en esta cuenta de cobro SI ___ NO __X___ he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores a mi cargo asociados a las actividades relacionadas en esta cuenta de cobro.

Cordialmente



Johanna Forero Avendaño
C.C. 52414582 de Bogotá
Cel: 3134915214
Correo: jbfa75@yahoo.com

Certificado
Bancario

Viernes, 20 de diciembre de 2024

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que JOHANNA BEATRIZ FORERO AVENDAÑO identificado(a) con CC 52414582, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	69142419378	2008/06/18	CXC PENDIENTES

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

Gobernación de Cundinamarca	GESTIÓN CONTRACTUAL	Código A-GC-FR-017
		Versión : 4
	Informe de Supervisión Electrónico SUPERVISA	Fecha de Aprobación: 20/09/2024

INFORME DE SUPERVISIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO N° SS-CMC-1358-2024

Informe Parcial ___X___ / No. Del Informe 1	Informe Final _____
Periodo del Informe: Del 12.12.2024 hasta el 18.12.2024	
Fecha en la que se rinde en informe :	22.12.2024

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO O CONVENIO

Contratista:	JOHANNA BEATRIZ FORERO AVENDAÑO
NIT / C.C.:	52414582
Supervisor:	GLORIA MERCEDES FUERTES VALENCIA
Cargo:	Profesional Universitario
Objeto del Contrato o Convenio:	"REALIZAR AUDITORÍA INTERNA BASADA EN LA NORMA ISO/IEC 17025:2017, PARA VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA DE CUNDINAMARCA".
Fecha de Suscripción de Contrato o Convenio:	09.12.2024
Fecha de Inicio del Contrato o Convenio	12.12.2024
Certificado de Disponibilidad Presupuestal	7100054614
Registro Presupuestal	4600027040
Valor Inicial del Contrato o Convenio	$15,200,000
Adición	$0
Vigencia Futura	$0
Valor Total del Contrato	$15,200,000
Plazo de Ejecución Inicial	20.12.2024
Prorroga No.	0
Plazo de Ejecución Final	20.12.2024
Fecha De Terminación del Contrato o Convenio	20.12.2024
Suspensión (según aplique)	NO
Fecha De suspensión (si se llevó a cabo)	
Fecha De reinicio (si se llevó a cabo)	
Cesión / Terminación Anticipada	NO
Aseguradora	Seguros del Estado S.A:
Garantía de Cumplimiento	21-46-101102390
Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual	N.A

2. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

Porcentaje de avance: 80%

23 DIC 2024

1. Revisión de la documentación del sistema de Gestión de calidad y la relativa a los requisitos de la Norma ISO/IEC 17025:2017. Realizó la revisión documental del Sistema de Gestión de calidad y la relacionada con la Norma ISO/IEC 17025:2017
2. Entregar el informe generado de la revisión documental. No se genera en este periodo.
3. Enviar el plan de auditoría y cronograma de visita en los primeros 15 días de ejecución del contrato. Se recibe el plan de auditoria interna con el cronograma para la actividades a realizar de acuerdo con el alcance definido.
4. Realización de la auditoria al Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca, para la revisión in situ de los requisitos del

Sistema de gestión de calidad y el atestiguamiento de las técnicas alcance la auditoria. Realizó la auditoria interna para verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos en el sistema de gestión de calidad del laboratorio basado en la norma ISO/IEC 17025:2017.
5. Realizar reunión de apertura de la auditoria. Realizó la reunión de apertura con todo el personal auditado perteneciente al laboratorio de Salud Pública.
6. Diligenciar las listas de chequeo de acuerdo al alcance definido. Se aplicaron las listas de chequeo para las áreas según el alcance definido en el plan de auditoria.
7. Realizar reunión de cierre de la auditoria . Realizó la reunión de cierre con todo el personal auditado perteneciente al laboratorio de Salud Pública, socializando los hallazgos u observaciones encontradas
8. Realizar las aclaraciones pertinentes en caso de duda frente a algún hallazgo u observación. Durante la reunión de cierre, se realizaron las aclaraciones que fueron necesarios
9. Proyección y revisión del informe de la auditoria. Durante este periodo se encuentra en proyección del informe de la auditoria interna realizada
10. Revisión y aprobación del Plan de acciones planteado por el laboratorio. No se genera en este periodo.

Productos a Entregar
1. Informe en medio físico y magnético con el resultado de la auditoría interna, que contenga desviaciones, cumplimiento, fortalezas y debilidades con relación a los requisitos de la NTC ISO/IEC 17025
2. Acta de reunión y listado de asistencia donde se evidencie la socialización de los resultados de la auditoria.

3. PAGOS EFECTUADOS EN EL DESARROLLO DEL CONTRATO O CONVENIO

DOCUMENTO DE PAGO	FECHA	VALOR

4. BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO O CONVENIO (ESTE PUNTO SOLO APLICA PARA EL INFORME FINAL DE SUPERVISION)

NO APLICA

5. RENDIMIENTOS FINANCIEROS (ESTE PUNTO SOLO APLICA PARA EL INFORME FINAL DE SUPERVISION)

NO APLICA

6. RESPONSABLE DEL CIERRE DEL EXPEDIENTE DEL PROCESO DE CONTRATACIÓN (ESTE PUNTO SOLO APLICA EN LOS CASOS DE OBLIGACIONES POSTERIORES A LA LIQUIDACIÓN)

NO APLICA

7. RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

Ninguna

Gloria Fuertes

GLORIA MERCEDES FUERTES VALENCIA
Profesional Universitario

Gobernación de Cundinamarca	GESTIÓN FINANCIERA	Código: A-GF-FR-025
		Versión: 7
	Creación o Actualización de Datos de Terceros	Fecha: 10/septiembre/2024

FECHA: DÍA 19 MES 12 AÑO 2024 — Marcar sólo una opción: 1. CREACIÓN [ ] 2. ACTUALIZACIÓN [X]

INFORMACIÓN GENERAL

3. SECRETARÍA	SALUD
4. CONTRATO(S)	SS-CMC-1358-2024 AÑO 2024
5. CONVENIO	AÑO

DATOS PERSONALES

6. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	Johanna Beatriz Forero Avendaño
7. IDENTIFICACIÓN RUT	NIT No 52414582 DV 1
8. NOMBRES REPRESENTANTE LEGAL	Johanna Beatriz Forero Avendaño
9. IDENTIFICACIÓN REPRESENTANTE LEGAL	CC Cédula de Ciudadanía No 52414582 DV 1
10. DIRECCIÓN PRINCIPAL	Cra 7A # 173 - 21 IN6 AP302
11. DEPARTAMENTO / MUNICIPIO	Bogotá D.C.-Bogotá D.C.
12. TELÉFONO	3134915214
13. CELULAR	3134915214
14. CORREO ELECTRÓNICO	Indicativo jbfa75@yahoo.com

INFORMACIÓN PARA EL DESEMBOLSO

15. NOMBRE ENTIDAD FINANCIERA	Bancolombia S.A. Cód. 07
16. No. CUENTA BANCARIA	69142419378
17. TIPO	Ahorro

La cuenta bancaria debe ser de la persona natural o jurídica con quien se adquiere la obligación contractual.
Autorizo al Departamento de Cundinamarca - Secretaría de Hacienda para consignar en la cuenta antes mencionada.

INFORMACIÓN TRIBUTARIA

18. TIPO PERSONA	Natural
19. IDENTIFICACIÓN DEPENDIENTE ECONÓMICO	CC Cédula de Ciudadanía No 52414582

La información de dependiente económico sólo la diligencia la persona natural, si le aplica

20. NATURALEZA	Privada ¿CUAL?
21. RÉGIMEN TRIBUTARIO IVA	No Responsable de IVA
22. CALIDAD DEL CONTRIBUYENTE	GRAN CONTRIBUYENTE [ ] No. RESOLUCIÓN [ ] AUTORRETENEDOR RENTA [ ] No. RESOLUCIÓN [ ] AUTORRETENEDOR IVA [ ] No. RESOLUCIÓN [ ] AUTORRETENEDOR ICA [ ] No. RESOLUCIÓN [ ] ENTIDAD SIN ÁNIMO DE LUCRO [ ] OTRA [ ] ¿CUAL?
23. ACTIVIDAD ECONÓMICA	PRINCIPAL 70201 Actividades de consultoría de gestión SECUNDARIA 74901 Otras actividades profesionales, científicas y técnicas n.c.p. como consultoría profesional (incluye actividades de periodistas)
24. TARIFA RETEICA	PRINCIPAL CIIU 70201 8,66 x 1000 SECUNDARIA CIIU 74901 8,66 x 1000

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Señor(a) Usuario, con el diligenciamiento y firma del presente formato usted autoriza al Departamento de Cundinamarca para que efectúe el tratamiento (recolección, almacenamiento, uso, circulación o supresión) de todos los datos que nos suministra con la finalidad de ser incluido en los registros contables de la Entidad y realizar debidamente los pagos a que haya lugar, teniendo en cuenta su condición fiscal y, en general, para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad. Asimismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, autorizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico contactenos@cundinamarca.gov.co. Responsable del Tratamiento: Gobernación de Cundinamarca, entidad del orden territorial, domiciliada en la ciudad de Bogotá D.C. en la Calle 26 Nº 51 - 53, identificada con el NIT. 899.999 114-0 con correo electrónico contactenos@cundinamarca.gov.co

ANEXOS

1. Fotocopia del documento de identidad	Si
2. Fotocopia del RUT expedido por la DIAN	Si
3. Fotocopia del RUP expedido por la Cámara de Comercio (Cuando aplique)	No
4. Fotocopia de las resoluciones de Grandes Contribuyentes y Autoretención de renta, IVA, ICA (Cuando aplique)	No
5. Fotocopia certificación expedida por la entidad bancaria, donde conste que la cuenta se encuentra activa	No

Las fotocopias deben estar totalmente legibles

FIRMA

JOHANNA BEATRIZ FORERO AVENDAÑO
FIRMA TERCERO O REPRESENTANTE LEGAL

51414582
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

INFORMACIÓN A SER DILIGENCIADA POR GCUN

25. RADO	ASER - ADQUISICIÓN SERVICIOS
26. CUENTA SOLICITA?	Otra cuenta ¿CUAL? 2480040000
27. GRUPO DE TESORERÍA	K001 K-Nacional K-Acreedores bys nacionales
28. VÍA DE PAGO	Y Transferencia Salud

INDICADORES DE RETENCIÓN

29. RETEFUENTE	TARIFA 1: RH19 Ret. >150 hast 360 28% Ley 2010 de 12-19 UH01 10 UVT Honorarios TARIFA 2: TARIFA 3:
30. ICA	TARIFA 1: IS07 Ret. ICA Svc Consultorias y otras 8,66 x 1000 TARIFA 2: TARIFA 3:
31. RETENCIÓN DE IVA	RI05 Reteiva aplicable a compras 15% RI07 Reteiva aplicable a servicios 15% No aplica
32. CONTRIBUCIÓN ESPECIAL	TARIFA 1: No aplica
33. ESTAMPILLAS	Aplica - FC01 ProCultura 1% -PD02 Prodesarrollo 2% -PH01 ProHospitales 2% -PE18 ProElectrificación rural del 0.2% - UC04 ProUniversidad de Cundinamarca 1.5% -AM01 Bienestar del Adulto Mayor 2%
34. OTROS	DR01 Pro Deporte y Recreación 2.5% Aplica

FECHA: DÍA 23 MES 12 AÑO 2024

PROCESADO POR: WILLIAM CALDERON ROBLEDO

REVISADO POR: Secretaría de Hacienda

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	52414582	JOHANNA BEATRIZ FORERO AVENDAÑO	cra 7A # 173 -21 In 6 Ap 302	6019000000	jbfa75@yahoo.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	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	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2024-11	2024-11	I	18/12/2024	82724218	TOTAL A PAGAR	
					$403.300	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	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
230201	Proteccion (RIG - Proteccion)	800229739-0	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	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										
14-11	ARL SURA	830903790-5	6.800				6.800	0	0	6.800			68	6.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	26.000	0	0	26.000	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	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	6.800	6.800
CCF	1	26.000	26.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	403.300	403.300

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52414582	JOHANNA BEATRIZ FORERO AVENDAÑO	cra 7A # 173 -21 In 6 Ap 302	6010000000	jbfa75@yahoo.com	
FORMA PRESENTACIÓN	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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	18/12/2024	82724218	$403.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Extranjero	Exterior	Colom. en el Exterior	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
1	CC	52414582	FORERO AVENDAÑO JOHANNA BEATRIZ	SI	0			N																230201	1.300.000	298.000	0	0	0	0	EPS010	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	1	6.800	CCF24	1.300.000	26.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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