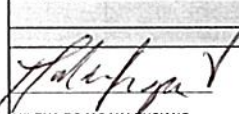
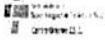


 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
MILENA ROJAS VALENCIANO			
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		52.901.848	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIO TECNICO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 1504 2024	FECHA INICIO CONTRATO
		20/01/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$	4.328.520	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO
			2 DOS MESES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	24.544.774	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:
			\$ 2.169.510
Nº DE INFORME:	Nº 12	Nº CRP:	13599
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		11 MESES Y 10 DIAS	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		4SM CENTRO DE SALUD SAMPER MENDOZA	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		CLAUDIA MELO/ DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS	
III. MODIFICACIONES CONTRACTUALES			
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	Nº	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES (Nº)
VALOR ADICIONADO	2.164.260	CDP DE LA ADICIÓN:	934
VALOR ADICIONADO	2.164.260	CDP DE LA ADICIÓN:	1261
VALOR ADICIONADO	2.885.680	CDP DE LA ADICIÓN:	1618
VALOR ADICIONADO	1.927.222	CDP DE LA ADICIÓN:	2199
VALOR ADICIONADO	6.729.818	CDP DE LA ADICIÓN:	2606
VALOR ADICIONADO	\$ 16.325	CDP DE LA ADICIÓN:	2784
VALOR ADICIONADO	\$ 3.956.773	CDP DE LA ADICIÓN:	3754
VALOR ADICIONADO	\$ 371.916	CDP DE LA ADICIÓN:	
PRORROGAS (Nº 6)			
		CRP DE LA ADICIÓN:	20956
		CRP DE LA ADICIÓN:	23840
		CRP DE LA ADICIÓN:	29123
		CRP DE LA ADICIÓN:	32968
		CRP DE LA ADICIÓN:	36499
		CRP DE LA ADICIÓN:	39895
		CRP DE LA ADICIÓN:	46850
		CRP DE LA ADICIÓN:	
IV. POLIZAS			
¿FACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI	NO
Nº DE PÓLIZA:		N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:
FECHA DE LA PÓLIZA		10/01/2024	FECHA DE APROBACIÓN:
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, 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 desarrollaron las actividades contractuales de acuerdo al cronograma para el mes de DICIEMBRE DE 2024		
2	Se realizó la toma al 100% de los pacientes asignados el mes de DICIEMBRE DE 2024		
3	El 100% de las actividades derivadas del plan de cuidado de enfermería se realizaron teniendo en cuenta las prácticas seguras el mes de DICIEMBRE DE 2024		
4	Notificar inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a sus pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el sistema de reporte mes de DICIEMBRE 2024		
5	Notificar inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a sus pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el sistema de reporte mes de DICIEMBRE e 2024		
6	Se garantizó el reporte del 100% de las derivaciones en la evolución del paciente al equipo de trabajo el mes de DICIEMBRE DE 2024		
7	Se realizó la revisión de las historias clínicas del 100% de los pacientes asignados en el mes de DICIEMBRE DE 2024		
8	Se garantizó el proceso de limpieza y desinfección, rutina y terminal de las unidades del paciente así como de las diferentes áreas del servicio durante el mes de DICIEMBRE 2024		
9	Se realizó el registro de las actividades realizadas en los pacientes asignados en el aplicativo de Dinámica y en los formatos en físico ante fallas en el sistema para el mes de DICIEMBRE DE 2024		
10	Se garantizó el cumplimiento de las normas institucionales en el mes de DICIEMBRE DE 2024		
11	Se realizó la revisión diaria del inventario correspondiente al área en el mes de DICIEMBRE DE 2024		
12	Se realizaron las actividades contractuales teniendo en cuenta los documentos institucionales relacionados con los procesos de enfermería en el mes de DICIEMBRE DE 2024		
13	Se realizó la participación en las reuniones y capacitaciones programadas para el mes de DICIEMBRE DE 2024		
14	Se garantizó el proceso de limpieza y desinfección, rutina y terminal de las unidades del paciente así como de las diferentes áreas del servicio durante el mes de DICIEMBRE DE 2024		
15	Se realizó la toma de muestras de laboratorio al 100% de los pacientes asignados y que requirieron la necesidad de la toma en el mes de DICIEMBRE DE 2024		
16	Se realizó la asistencia en la alimentación a los pacientes asignados con grado de dependencia de enfermería conservando las precauciones establecidas en el mes de DICIEMBRE DE 2024		
17	Se realizó el control de líquidos administrados y eliminados al 100% de los pacientes asignados en el mes de DICIEMBRE DE 2024		
18	Se realizó el uso adecuado del uniforme durante la programación de actividades para el mes de DICIEMBRE DE 2024		
19	210 HORAS		
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	02129189	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	09/12/2024	162.500
PENSIÓN:	COLFONDOS	09/12/2024	268.000
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	09/12/2024	31.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			402.200
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA			
1.- Que desarrolle las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.			
2.- Que realice el pago de la Seguridad Social donde el ítem se calcula sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, rta)			
3.- Que adjunte 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			
			
MILENA ROJAS VALENCIANO CC: 52.901.848 CEL: 3124346233			

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN 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					
MILENA ROJAS VALENCIANO					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		52.901.848			
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIO TECNICO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 1504 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
				20/01/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$	4.328.520	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	2 DOS MESES	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	26.225.701	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$	2.169.510
Nº DE INFORME:	Nº 12	Nº CRP:	13599	Nº CDP:	140
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	11 MESES Y 10 DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		4SM CENTRO DE SALUD SAMPER MENDOZA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		CLAUDIA MELO/ DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	Nº 8	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES (Nº 8)	PRORROGAS	(Nº 6)
VALOR ADICIONADO	2.164.260	CDP DE LA ADICIÓN:	934	CRP DE LA ADICIÓN:	20556
VALOR ADICIONADO	2.164.260	CDP DE LA ADICIÓN:	1261	CRP DE LA ADICIÓN:	23840
VALOR ADICIONADO	2.885.680	CDP DE LA ADICIÓN:	1618	CRP DE LA ADICIÓN:	29123
VALOR ADICIONADO	1.927.222	CDP DE LA ADICIÓN:	2199	CRP DE LA ADICIÓN:	32968
VALOR ADICIONADO	6.729.818	CDP DE LA ADICIÓN:	2606	CRP DE LA ADICIÓN:	36499
VALOR ADICIONADO	\$ 16.325	CDP DE LA ADICIÓN:	2784	CRP DE LA ADICIÓN:	39895
VALOR ADICIONADO	\$ 3.956.773	CDP DE LA ADICIÓN:	3754	CRP DE LA ADICIÓN:	46850
VALOR ADICIONADO	\$ 371.916	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
III. POLIZAS					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
Nº DE PÓLIZA:		N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA		DD/MM/AAAA		FECHA DE APROBACIÓN:	
				DD/MM/AAAA	
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, 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 desarrollaron las actividades contractuales de acuerdo al cronograma para el mes de DICIEMBRE DE 2024				
2	Se realizó la toma al 100% de los pacientes asignados el mes de DICIEMBRE DE 2024				
3	El 100% de las actividades derivadas del plan de cuidado de enfermería se realizaron teniendo en cuenta las prácticas seguras el mes de DICIEMBRE DE 2024				
4	Notificar inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a sus pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el sistema de reporte mes de DICIEMBRE DE 2024				
5	Notificar inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a sus pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el sistema de reporte mes de DICIEMBRE DE 2024				
6	Se garantizó el reporte del 100% de las derivaciones en la evolución del paciente al equipo de trabajo el mes de DICIEMBRE DE 2024				
7	Se realizó la revisión de los historiales clínicos del 100% de los pacientes asignados en el mes de DICIEMBRE DE 2024				
8	Se garantizó el proceso de limpieza y desinfección, rotación y terminal de las unidades del paciente así como de las diferentes áreas del servicio durante el mes de DICIEMBRE DE 2024				
9	Se realizó el registro de las actividades realizadas en los pacientes asignados en el aplicativo de Dinámica y en los formatos en físico ante fallas en el sistema para el mes de DICIEMBRE DE 2024				
10	Se garantizó el cumplimiento de las normas institucionales en el mes de DICIEMBRE DE 2024				
11	Se realizó la revisión diaria del inventario correspondiente al área en el mes de DICIEMBRE DE 2024				
12	Se realizaron las actividades contractuales teniendo en cuenta los documentos institucionales relacionados con los procesos de enfermería en el mes de DICIEMBRE DE 2024				
13	Se realizó la participación en las reuniones y capacitaciones programadas para el mes de DICIEMBRE DE 2024				
14	Se garantizó el proceso de limpieza y desinfección, rotación y terminal de las unidades del paciente así como de las diferentes áreas del servicio durante el mes de DICIEMBRE DE 2024				
15	Se realizó la toma de muestras de laboratorio al 100% de los pacientes asignados y que requirieron la necesidad de la toma en el mes de DICIEMBRE DE 2024				
16	Se realizó la asistencia en la alimentación a los pacientes asignados con grado de dependencia de enfermería conservando las precauciones establecidas en el mes de DICIEMBRE DE 2024				
17	Se realizó el control de líquidos administrados y eliminados al 100% de los pacientes asignados en el mes de DICIEMBRE DE 2024				
18	Se realizó el uso adecuado del uniforme durante la programación de actividades para el mes de DICIEMBRE DE 2024				
19	210 HORAS				
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:		OPERADOR:		MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
SALUD:		FAMISANAR		VALOR PAGADO	
PENSIÓN:		COLFONDOS			
RIESGOS LABORALES:		BOLIVAR			
OTRO					
TOTAL PAGADO					
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA					
1 - Que desarrolló las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.					
2 - Que realizó el pago de la Seguridad Social donde el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IIC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, rut)					
3 - Que adjuntó evidencia del cargo, en el aplicativo scop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro.					
4 - Que autorizó 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					
MILENA ROJAS VALENCIANO CC: 52.901.848 CEL: 3124346233					

 Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN				CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16	
DATOS DEL CONTRATISTA							
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/12/2024)							
NOMBRES Y APELLIDOS:	MILENA ROJAS VALENCIANO				CC:	52.901.848	
CORREO ELECTRÓNICO:	sanmile0305@gmail.com				RUT (NIT):	52901848-4	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CARRERA 39 B SUR # 65-49				TELÉFONO:	3124346233	
					CIUDAD:	BOGOTÁ	
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 par							
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:	BBVA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	0073276578	
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)							
Nº DEL CONTRATO:	PS 1504 2024	Nº CDP:	3754	Nº. RP:	46850	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 11 MESES 10 DIAS	
FECHA DE INICIO CONTRATO	20/01/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/12/2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$24544774	
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)	\$ 2.169.510 DOS MILLONES CIENTO SESENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS DIEZ PESOS M/CTE						
 MILENA ROJAS VALENCIANO C.C 52.901.848 cel: 3124346233							

 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS VAPOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-IA-FT- 978 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. Y			
NOMBRE DEL CONTRATISTA		MILENA ROJAS VALENCIANO	
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		52.901.848	
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIO TECNICO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1504 2024	FECHA INICIO CONTRATO	20/01/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	4.328.520		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 24.544.774	VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:	2.169.510
N° PAGO / N° DE INFORME:	N°12	N° CRP INICIAL:	13599
N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	140		
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	11 MESES Y (10) DIAS		
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	82124189	OPERADOR:	MI PLANILLA
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	AMBULATORIOS		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	4SM CENTRO DE SALUD SAMPER MENDOZA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN /DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS		
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES			
N° DE MODIFICACIÓN:	N° (S)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA)	N° (S)
VALOR ADICIONADO	2.164.260	CDP DE LA ADICIÓN: 934	RP DE LA ADICIÓN: 20956
VALOR ADICIONADO	2.164.260	CDP DE LA ADICIÓN: 1261	RP DE LA ADICIÓN: 23840
VALOR ADICIONADO	2.885.680	CDP DE LA ADICIÓN: 1618	RP DE LA ADICIÓN: 29123
VALOR ADICIONADO	1.927.222	CDP DE LA ADICIÓN: 2199	RP DE LA ADICIÓN: 32968
VALOR ADICIONADO	6.729.818	CDP DE LA ADICIÓN: 2606	RP DE LA ADICIÓN: 36499
VALOR ADICIONADO	\$16.325,00	CDP DE LA ADICIÓN: 2784	RP DE LA ADICIÓN: 39895
VALOR ADICIONADO	\$ 3.956.773	CDP DE LA ADICIÓN: 3754	RP DE LA ADICIÓN: 46850
VALOR ADICIONADO	\$ 371.916	CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN:
III. POLIZAS (SI APLICA)			
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO	X
N° DE PÓLIZA:	XX	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	N/A
IV. VERIFICACIÓN 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 presento satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SISCOP?	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 52 de la Ley 789 de 2007?	X	
5	¿Que adjunto evidencia del cargo en el aplicativo socop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X	
Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la cláusula "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: CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN CARGO: DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS (E)	
		NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: EDISON SANCHEZ QUINTERO PERFIL: ENLACE DIRECCION AMBULATORIOS	

DATOS DEL APORTANTE										DATOS DE LA PLANILLA						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARA FISCALES Y SALUD				PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DI/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DI/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	UPC
CC	52901848	MILENA ROJAS VALENCIANO	KR 69B SUR 65 49	3282828	sannile0305@gmail.com										1	0
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO					PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
UNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.					2024-11	2024-11	I	09/12/2024	82124189	\$402.200	

DETALLE POR COTIZANTE																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN			SALUD		RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Nº	No de Identificación		Apellidos y Nombres		INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN			SALUD		RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
	CC				CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF	CCAF