

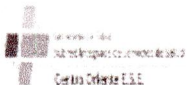
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
III. POLIZAS							
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO		X	
Nº DE PÓLIZA:	N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		N/A		
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A		FECHA DE APROBACIÓN:		N/A		
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)							
1	1. OBLIGACIÓN: Prestar sus servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar acompañamiento a niños, niñas y adolescentes trabajadores y sus familias, en el marco de la desminución del trabajo infantil. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos: ficha de caracterización de NNA registro fotográfico						
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Presentación y actualización de cronograma de actividades de manera mensual 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Cronograma en magnético-Drive-https://docs.google.com/spreadsheets/d/1cEjnF24js9ZyE8mt5XDsolq3A5kdB-Eo/edit?gid=694004628#gid=694004628						
3	1. OBLIGACIÓN: Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes que se solicite conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Acompañamientos a los niños y adolescentes de forma presencial según lo dispone lineamiento. Seguimiento a las canalizaciones y realizar seguimiento a la desvinculación de niños y adolescentes previamente intervenidos 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): formatos según lineamiento.						
4	1. OBLIGACIÓN: Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar acompañamiento a niños, niñas y adolescentes trabajadores y sus familias, según está dispuesto en lineamiento. Seguimiento a la desvinculación de NNA, haciendo entrega de soportes con calidad y oportunidad 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos de asesorías, debidamente diligenciados, sin enmendaduras, ni tachones						
5	1. OBLIGACIÓN: Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Dar lectura a los lineamientos suministrados por SDS identificando cambios en la operatividad de los procesos o inclusión de algún producto nuevo con el propósito de apropiación de los mismos 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta y listados de asistencia						
6	1. OBLIGACIÓN: Desarrollar procesos de asistencia técnica desde los diferentes procesos del Plan de Intervenciones Colectivas conforme a su saber disciplinar y profesional, en función de los requerimientos de los entornos y procesos transversales. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Asistir a las diferentes reuniones convocadas por SDS así como por el supervisor del contrato para el fortalecimiento de cocimiento que proporcione herramientas para la ejecución de los procesos 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): formatos requeridos / actas y listados de asistencia						
7	1. OBLIGACIÓN: Realizar revisión y responder por los formatos, documentos, bases o informes generados como resultado de las acciones o intervenciones realizadas en cumplimiento a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza de manera periódica o a requerimiento de la supervisión validando la veracidad, calidad y oportunidad de cada formato. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos y bases requeridas						
8	1. OBLIGACIÓN: Participar y gestionar los acercamientos comunitarios e institucionales que se requieran, para el desarrollo de las acciones de cada Espacio y/o Proceso Transversal del PSPIC 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar activación de ruta de acuerdo con necesidad, concertación de espacios acorde a la población. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos en magnético						
9	1. OBLIGACIÓN: Activar y notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar activación de ruta, teniendo en cuenta rutas de atención integral en salud y población a abordar. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos en magnético						
10	1. OBLIGACIÓN: Participar en las asistencias técnicas convocadas por SDS de acuerdo a los procesos asignados y conforme a las actividades, metas y productos establecidos en los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Participación en las asistencias técnicas convocadas presencial o de forma virtual de acuerdo con solicitud por parte de SDS 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta y listados de asistencia						

11	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza la gestión documental mensual en el desarrollo de los procesos ejecutados y auditados en el Entorno cuidador laboral 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta y listados de asistencia
12	1. OBLIGACIÓN: Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Asistir o apoyar las diferentes actividades que hagan parte de los procesos transversales de la subred centro oriente 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta y listados de asistencia

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	4582510648	OPERADOR:	SOI	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	SANTAS	10/12/2024	\$	200,000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	10/12/2024	\$	256,000
RIESGOS LABORALES:	SURA	10/12/2024	\$	39,000
OTRO	CCF COMPENSAR	10/12/2024	\$	32,000
TOTAL PAGADO			\$	527,000

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 calculó 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 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a EPS, ARL, Pensión, 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
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YINETH CONSTANZA GOMEZ RODRIGUEZ CC: 1.024.513.623 CEL 3104858623



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACION
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS
Y DE APOYO A LA GESTION

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 6
FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/01/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	YINETH CONSTANZA GOMEZ RODRIGUEZ	CC:	1,024,513,623
		RUT (NIT):	1024513623-9
CORREO ELECTRÓNICO:	tsonic16@gmail.com	TELÉFONO:	3104858623
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 1 30 192	CIUDAD:	SOACHA

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.

Régimen 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	Nº CUENTA:	550488430481439
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)					

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

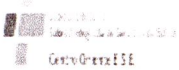
Nº DEL CONTRATO:	PS 6637 2023	Nº CDP:	4011 - 4170	Nº. RP:	49558 - 51290	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: 1 AÑO 3 MESES 6 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	25/09/2023	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/12/2024		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 60,319,704	

PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL	3/12/2024	AL	31/12/2024
--------------------------	-----	-----------	----	------------

VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 521,496
	QUINIENTOS VEINTIUN MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YINETH CONSTANZA GOMEZ RODRIGUEZ

CC: 1,024,513,623
CEL: 3104858623

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				CÓDIGO: AP 1A FI 078	
		APOYO – GESTIÓN DE CONTRATACIÓN				VERSIÓN: 2	
		FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTIÓN				FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y							
NOMBRE DEL CONTRATISTA				YINETH CONSTANZA GOMEZ RODRIGUEZ			
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD				1,024,513,623			
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN TRABAJO SOCIAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E					
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 6637 2023		FECHA INICIO CONTRATO		25/09/2023	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 1,599,254					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 60,319,704			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 521,496
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		14 de 14		Nº CRP INICIAL:		38861	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO 2240
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		1 AÑO 3 MESES 6 DIAS					
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		4582510648		OPERADOR:		SOI	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		GSP PSPIC - LABORAL					
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30					
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
Nº DE MODIFICACIÓN:		16	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):			ADICIÓN (16)	PRÓRROGA (13)
VALOR ADICIONADO		\$ 3,998,136	CDP DE LA ADICIÓN:	3417	RP DE LA ADICIÓN:	41851	TIEMPO PRORROGADO: 1 MES
VALOR ADICIONADO		\$ 2,906,920	CDP DE LA ADICIÓN:	3850	RP DE LA ADICIÓN:	45870	TIEMPO PRORROGADO: 1 MES
VALOR ADICIONADO		\$ 2,408,882	CDP DE LA ADICIÓN:	4129	RP DE LA ADICIÓN:	51519	TIEMPO PRORROGADO: 2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO		\$ 4,271,921	CDP DE LA ADICIÓN:	211	RP DE LA ADICIÓN:	11288	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		\$ 3,346,266	CDP DE LA ADICIÓN:	399	RP DE LA ADICIÓN:	16066	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		\$ 3,998,136	CDP DE LA ADICIÓN:	489	RP DE LA ADICIÓN:	18743	TIEMPO PRORROGADO: 1 MES
VALOR ADICIONADO		\$ 5,997,204	CDP DE LA ADICIÓN:	892	RP DE LA ADICIÓN:	20704	TIEMPO PRORROGADO: 1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO		\$ 3,998,136	CDP DE LA ADICIÓN:	1322	RP DE LA ADICIÓN:	27426	TIEMPO PRORROGADO: 1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO		\$ 3,998,136	CDP DE LA ADICIÓN:	1712	RP DE LA ADICIÓN:	31293	TIEMPO PRORROGADO: 30 DIAS
VALOR ADICIONADO		\$ 3,998,136	CDP DE LA ADICIÓN:	2248	RP DE LA ADICIÓN:	35363	TIEMPO PRORROGADO: 1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO		\$ 5,998,204	CDP DE LA ADICIÓN:	2562	RP DE LA ADICIÓN:	39082	TIEMPO PRORROGADO: 1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO		\$ 3,998,136	CDP DE LA ADICIÓN:	3170	RP DE LA ADICIÓN:	42393	TIEMPO PRORROGADO: 1 MES
VALOR ADICIONADO		\$ 3,998,136	CDP DE LA ADICIÓN:	3525	RP DE LA ADICIÓN:	44528	TIEMPO PRORROGADO: 1 MES
VALOR ADICIONADO		\$ 999,534	CDP DE LA ADICIÓN:	3954	RP DE LA ADICIÓN:	48501	TIEMPO PRORROGADO: 16 DIAS
VALOR ADICIONADO		\$ 3,998,136	CDP DE LA ADICIÓN:	4011	RP DE LA ADICIÓN:	49558	TIEMPO PRORROGADO: 30 DIAS

VALOR ADICIONADO	\$ 806,431	CDP DE LA ADICIÓN:	4170	RP DE LA ADICIÓN:	51290	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
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)

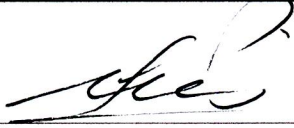
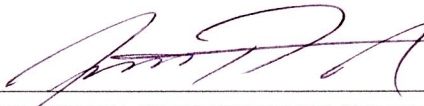
Nº DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	N/A

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA 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 3/12/2024 al 31/12/2024

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	 NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA CARGO: PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30
	 NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN PERFIL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE GESTION



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA	
TIPO IDENTIFICACIÓN: NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: DIRECCIÓN: TIPO APORTANTE: FORMA DE REPRESENTACIÓN: APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SEIVA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA).	CÉDULA DE CIUDADANÍA CR 2 30 B - 75 GS 41 02-INDEPENDIENTE SU CURSAL (DEPENDENCIA).	NÚMERO PLANILLA: PERÍODO COTIZACIÓN OTROS FECHA PAGO (señalarse día):	4582310648 2024 2024/12/10 NÚMERO AUTORIZACIÓN
SOACHA SAN MATEO 02-INDEPENDIENTE SU CURSAL (DEPENDENCIA).	YINETH CONSTANZA GOMEZ CUNDINAMARCA 9003977 1-INDEPENDIENTE Actividades reguladoras y facturas de servicios de agua y luz.	MES 2024	MES 2024
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: TELÉFONO: CLASE APORTANTES: SU CURSAL (DEPENDENCIA).		INDEPENDIENTES 999106418	

TOTAL APORTES A PENSIÓN									
NÚMERO PLANILLA:		PERÍODO COTIZACIÓN OTROS		FECHA PAGO (señalarse día):		MORA		TOTAL	
EMPLOYER		EMPLOYER		EMPLOYER		EMPLOYER		EMPLOYER	
25-14	CÓDIGO	25-14	COLPENSIONES	25-14	COLPENSIONES	25-14	COLPENSIONES	25-14	COLPENSIONES
SUBTOTAL:		SUBTOTAL:		SUBTOTAL:		SUBTOTAL:		SUBTOTAL:	

TOTAL APORTES A SALUD									
NÚMERO PLANILLA:		PERÍODO COTIZACIÓN OTROS		FECHA PAGO (señalarse día):		MORA		TOTAL	
EMPLOYER		EMPLOYER		EMPLOYER		EMPLOYER		EMPLOYER	
25-14	CÓDIGO	25-14	COLPENSIONES	25-14	COLPENSIONES	25-14	COLPENSIONES	25-14	COLPENSIONES
SUBTOTAL:		SUBTOTAL:		SUBTOTAL:		SUBTOTAL:		SUBTOTAL:	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES									
NÚMERO PLANILLA:		PERÍODO COTIZACIÓN OTROS		FECHA PAGO (señalarse día):		MORA		TOTAL	
EMPLOYER		EMPLOYER		EMPLOYER		EMPLOYER		EMPLOYER	
25-14	CÓDIGO	25-14	COLPENSIONES	25-14	COLPENSIONES	25-14	COLPENSIONES	25-14	COLPENSIONES
SUBTOTAL:		SUBTOTAL:		SUBTOTAL:		SUBTOTAL:		SUBTOTAL:	

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR									
NÚMERO PLANILLA:		PERÍODO COTIZACIÓN OTROS		FECHA PAGO (señalarse día):		MORA		TOTAL	
EMPLOYER		EMPLOYER		EMPLOYER		EMPLOYER		EMPLOYER	
25-14	CÓDIGO	25-14	COLPENSIONES	25-14	COLPENSIONES	25-14	COLPENSIONES	25-14	COLPENSIONES
SUBTOTAL:		SUBTOTAL:		SUBTOTAL:		SUBTOTAL:		SUBTOTAL:	

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES									
NÚMERO PLANILLA:		PERÍODO COTIZACIÓN OTROS		FECHA PAGO (señalarse día):		MORA		TOTAL	
EMPLOYER		EMPLOYER		EMPLOYER		EMPLOYER		EMPLOYER	
25-14	CÓDIGO	25-14	COLPENSIONES	25-14	COLPENSIONES	25-14	COLPENSIONES	25-14	COLPENSIONES
SUBTOTAL:		SUBTOTAL:		SUBTOTAL:		SUBTOTAL:		SUBTOTAL:	

TOTAL \$ 528.600

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1024513623
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	YINETH CONSTANZA GOMEZ RODRIGUEZ	
CIUDAD/MUNICIPIO:	SOACHA DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
DIRECCIÓN:	CR 2 30 B - 75 CS 41	SAN TELÉFONO: 9003977
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA: 01 - SUCURSAL
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	4582510648	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: noviembre	PERIODO COTIZACIÓN: MES: noviembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2024	SALUD: AÑO: 2024
DÍAS DE MORA:	4	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/12/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9991056418

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
							X									

LIQUIDACIÓN GENERAL					TOTALES	
					COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN						
NIT		CÓDIGO	ADMINISTRADORA			
			NOMBRE			
900336004		25-14	25-14 COLPENSIONES		1	\$ 256.700
SUBTOTAL:					1	\$ 256.700
SALUD						
NIT		CÓDIGO	ADMINISTRADORA			
			NOMBRE			
800251440		EPS005	EPS005-SANITAS S.A.		1	\$ 200.600
SUBTOTAL:					1	\$ 200.600
CAJA DE COMPENSACIÓN						
NIT		CÓDIGO	ADMINISTRADORA			
			NOMBRE			
860066942		CCF24	CCF24-COMPENSAR		1	\$ 32.100
SUBTOTAL:					1	\$ 32.100
RIESGOS PROFESIONALES						
NIT		CÓDIGO	ADMINISTRADORA			
			NOMBRE			
890903790		14-11	14-11 - ARL SURA		1	\$ 39.200
SUBTOTAL:					1	\$ 39.200

VALOR SIN MORA:	\$ 527.000
VALOR MORA:	\$ 1.600
TOTAL PAGADO:	\$ 528.600

EFFECTIVO LTDA.
RIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

US: 9552873507	DU: 313677
Cliente:	110263 PILA RECAUDO
Fecha:	10/12/2024 10:46:20
App:	900041
Identificacion:	1024513623
Nombre:	YINETH
Apellido 1:	CONSTANZA
Apellido 2:	GOMEZ
TIPO DOCUMENTO:	CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO:	0000000000
Codigo Planilla:	4582510648
Periodo Pago:	2024/11
Valor Comision:	0
Valor Iva Comision:	0
Referencia:	1024513623
Valor:	\$528.600,00

Aplica condiciones particulares con el
cliente beneficiario

Conserve este recibo, es el unico
soporte valido para atender cualquier
reclamacion.

Para reclamaciones presente este
recibo; Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co