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 APOYO – GESTION 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:	LUIS ALEJANDRO JIMENEZ ARDILA					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.152.218.964					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO REFERENTE DEL SERVICIO FARMACEUTICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3036 2025		FECHA INICIO CONTRATO	1/01/2025		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 17.615.880	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	DOS (2) MESES			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 17.615.880	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 8.807.940			
Nº DE INFORME:	1	Nº CRP:	4960	Nº CDP:	1	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	DOS (2) MESES					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DANNYS IVETH TEHERAN TURIZO	DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	N/A	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	(NUMERO)	PRORROGAS	(NUMERO)	
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:	123	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		ABC	
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)

ITEM	
1	SE HACE LA CONSOLIDACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS INDICADORES DE: SELECTIVAS; COMPLETITUD DE PEDIDO, OPRTUNIDAD DE ENTREGA (HOSPITALARIO, AMBULATORIO Y URGENCIAS) Y ERRORES DE PRESCRIPCIÓN. INFORME DE CONSOLIDACIÓN DE INVENTARIOS. ACOMPAÑAMIENTO Y RESPUESTA A LAS VISITAS EXTERNAS DE EPS Y ENTES DE CONTROL, Y A PROCESOS INTERNOS (CALIDAD, CONTROL INTERNO, EPIDEMIOLOGÍA ENTRE OTROS). IMPLEMENTACIÓN DEL SDMDU EN CADA UNA DE LAS UNIDADES: NPT, MAQUISTRALES Y REEMPAQUE.
2	SE APOYA CON LA ACTUALIZACIÓN DEL PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA, CON SU RESPECTIVA SOCILIZACIÓN E IMPLEMENTACIÓN.
3	SE REPORTAN LOS SUCESOS DE SEGURIDAD POR LOS DIFERENTES CANALES DEFINIDOS POR LA INSTITUCIÓN, APOYANDO CON LA INFORMACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS EVENTOS Y LA CONSOLIDACIÓN DE ESTADÍSTICAS Y ANÁLISIS DE LAS MISMAS, PARA EL MEJORMAIENTO DEL SERVICIO.
4	SE REALIZA REUNIÓN Y CAPACITACIÓN SOBRE LA RETROALIMENTACIÓN DE LOS SUCESOS PRESENTADOS EN CADA UNIDAD Y LAS BARRERAS DE SEGURIDAD A IMPLEMENTAR.
5	SE SOCIALIZAN LAS ALERTAS SANITARIAS EMITIDAS POR EL INVIMA (PERTINENTES), SE REVISAN ALERTAS DE DESABASTECIMIENTO Y EN CASO DE PRESENTARSE LAS ACTAS DE LAS MESAS DE TRABAJO CON LOS SERVICIOS Y SOCIALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN A LA UNIDAD REFECTIVA.
6	SE APOYA CON LA ACTUALIZACIÓN A LOS DIFERENTES DOCUMENTOS DEL SERVICIO PARA LA MEJORA CONTINUA DEL SERVICIO FARMACUETICO.
7	SE PARTICIPA EN EL COMITÉ DE FARMACIA, DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y DE INFECCIONES DE LA UNIDAD DE FORMA MENSUAL. DIVULGANDO CON EL EQUIPO DE TRABAJO LA INFORMACIÓN TRATADA EN LOS COMITES.
8	SE CUMPLE Y HACE SEGUIMIENTO DE ADHERENCIA A LAS ACTIVIDADES DE LOS PROCEDIMIENTOS E INSTRUCTIVOS DEL SERVICIO FARMACÉUTICO Y DE LOS PROCESOS TRASNVERSALES CON LOS QUE NOS RELACIONAMOS, LLEVANDO REGISTRO COMPLETO EN LOS FORMATOS DE LOS MISMOS. SE APOYA CON LA ELABORACIÓN DE CRONOGRAMAS DE TRABAJO COMO: REVISÓN DE CARROS DE PARO Y CAPACITACIONES. ACTUALIZACIÓN EN DINAMICA DE PARÁMETROS DEFINIDOS PARA MEDICAMENTOS (CREACIÓN DE PRODUCTOS, INFORMACIÓN GENERAL, CUBRIMIENTO DE PBS Y REGULACIÓN DE
9	CUANDO SE PRESENTEN PROCESOS DE SELECCIÓN Y ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS SE APOYA CON LA EVALUACIÓN TÉCNICA, RESPUESTA A OBSERVACIONES Y CONSOLIDACIÓN DE LAS PROPUESTAS PRESENTADAS.
10	SE CONOCE Y LLEVA A CABO EL DECALOGO DE HUMANIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN. SE AYUDA A DIVULGAR LOS DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS Y SE DA RESPUESTA A LAS NECESIDADES DE LOS USUARIOS QUE ATIENDO.
11	SE REALIZA HIGIENE DE MANOS EN LOS MOMENTOS QUE NOS APLICAN. SE DISPONE Y USAN LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y SE REALIZA UNA ADECUADA SEGREGACIÓN DE LOS RESIDUOS. SE HACE SEGUIMIENTO E IMPLEMENTA ACCIONES DE MEJORA A LAS OBSERVACIONES REALIZADAS POR LAS RONDAS REALIZADAS POR EPIDEMIOLOGIA Y DE GESTIÓN AMBIETAL, CAPACITANDO Y RETROALIMENTANDO AMBOS TEMAS CON SUS RESPECTIVAS ACTAS DE SOCIALIZACIÓN.
12	SE REALIZAN LAS ACTIVIDADES SEGÚN EL ROL ASIGNADO DE: BPM DE GASES: DIRECTOR TÉCNICO: ORDEN DE PRODUCCIÓN DE LOTE, LIBERACIÓN DE LOTE Y ANÁLISIS DE
13	SE PARTICIPA EN LAS MESAS DE TRABAJO DE EPIDEMIOLOGÍA (PREVOMITE DE INFECCIONES), SEGURIDAD DEL PACIENTE, ACREDITACIÓN Y DE ESPECIALIDADES.
14	SE REALIZAN LOS CUADROS DE TURNO PARA EL PERSONAL DE PLANTA Y EL CUADRO DE ACTIVIDADES PARA EL PERSONAL DE OPS, Y SE VERIFICA SU CUMPLIMIENTO CON LA REVISIÓN DE LAS CUENTAS DE COBRO E INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES.
15	SE ELABORAN LOS INFORMES MENSUALES DE: MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL; ANTIMICROBIANOS, OSELTAMIVIR, VIH Y SISMED.
16	SE PARTICIPA EN LA REUNIÓN DEL SERVICIO FARMACEUTICO. REUNIONES MENSUALES DEL SERVICIO FARMACÉUTICO PARA RETROALIMENTAR TEMAS DEL SERVICIO (POR UNIDAD CON AUXILIARES- REGENTES Y POR PROCESO QUÍMICOS-REGENTES). SE REALIZAN LAS REINDUCCIONES, CAPACITACIONES Y ENCUESTAS QUE SON INFORMADAS.
17	SE PROGRAMA LA REALIZACIÓN DE SELECTIVAS E INVENTARIO ANUAL DE LA FARMACIA ASIGNADA, VERIFICANDO EL CUMPLIMIENTO DE LO ESTABLECIDO EN EL PROCEDIMIENTO DE INVENTARIO Y DE LOS CONTROLES APLICADOS.
18	SE REALIZAN INTERVENCIONES FARMACEUTICAS COMO: CONSULTAS, RONDAS, PERFILES FARMACOTERAPEUTICOS O RECONCILIACIÓN.
19	SE CUMPLE CON LA PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES ASIGNADA.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	83442499		OPERADOR:	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD		FECHA DE PAGO		VALOR PAGADO
SALUD:	ALIANSALUD		20/01/2025	$	373.100
PENSIÓN:	PROTECCION		20/01/2025	$	477.600
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA		20/01/2025	$	72.800
OTRO:	COMPENSAR		20/01/2025	$	59.800
	TOTAL PAGADO			$	983.300

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 periodo correspondiente

Luis Alejandro Jimenez Ardila

LUIS ALEJANDRO JIMENEZ ARDILA
CC:1152218964
CEL:3014665560

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
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: (31/01/2025)			
NOMBRES Y APELLIDOS:	LUIS ALEJANDRO JIMENEZ ARDILA	CC:	1152218964
		RUT (NIT):	N/A
CORREO ELECTRÓNICO:	LUALJI1997@GMAIL.COM	TELÉFONO:	3014665560
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CARRERA 87B N° 19A -66	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

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 DE BOGOTÁ				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	075535195

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	PS 3036 2025	N° CDP:	4960	N° RP:	1	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : DOS (2) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		28/02/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 17.615.880
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/01/2025 AL 31/01/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	$ 8.807.940					
	OCHO MILLONES OCHOCIENTOS SIETE MIL NOVESCIENTOS CUARENTA PESOS					

Luis Alejandro Jimenez Ardila

LUIS ALEJANDRO JIMENEZ ARDILA
C.C 1152218964
cel: 3014665560

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 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	LUIS ALEJANDRO JIMENEZ ARDILA				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.152.218.964				
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO REFERENTE DEL SERVICIO FARMACEUTICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3036 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**1/01/2025**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 17.615.880,00				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 17.615.880,00		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 8.807.940	
N° PAGO / N° DE INFORME:	(1 de 1)	**N° CRP INICIAL:** 4960	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	1	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	83442499		**OPERADOR:**	MI PLANILLA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	SERVICIO FARMACEUTICO				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DANNYS IVETH TEHERAN TURIZO		DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05		
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
N° DE MODIFICACIÓN:	N° ( )	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**	ADICION ( )	PRORROGA ( )	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**RP DE LA ADICIÓN:**	**TIEMPO PRORROGADO:**	(MESES O DIAS)
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	X	
N° DE PÓLIZA:	XX	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	XX		
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE**	XX		

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 articulo 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 (01/01/2025) AL (01/31/2025)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:** **DANNYS IVETH TEHERAN TURIZO** **CARGO:** **DIRECTOR TECNICO 009 CODIGO 05**
	NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: **LUIS ALEJANDRO JIMENEZ ARDILA** **PERFIL:** **APOYO ADMINISTRATIVO**

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1152218964	LUIS ALEJANDRO JIMENEZ ARDILA	CRA 87 B 19A 66	3014665566	lualji1997@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	
2024-12	2024-12	I	20/01/2025	83442499	$983.300	

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					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	372.400	0		0		0	3	700	0	373.100	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 (ING Proteccion)	8002207 39-0	476.700	0	0	0	0	3	900	0	477.600	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	72.600				72.600	3	200	72.800			726	72.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	59.600	3	200	59.800	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	3	0	0	0
ICBF				
0	3	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	372.400	373.100
Pensión	1	476.700	477.600
Riesgos Laborales	1	72.600	72.800
CCF	1	59.600	59.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	981.300	983.300

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

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE

TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1152218964	LUIS ALEJANDRO JIMENEZ ARDILA	CRA 87 B 19A 66	3014665566	lualji1997@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**	
2024-12	2024-12	I	20/01/2025	83442499	$983.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF		PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Días	Salario	Salario Integral	Días Incapacidad	IGE	LMA	VSP	SLN	IGE	LMA	VAC	VCT	AVP	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o 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	1152218964	JIMENEZ ARDILA LUIS ALEJANDRO	59	0		N												230201	2.979.100	476.700	0	0	0	0	EPS001	2.979.100	372.400	14-23	2.979.100	3	72.600	CCF24	2.979.100	59.600	0	0	0	0	0

PAGADA

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