OK TS

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					
LADY VIVIANA BARBOSA CHACÓN					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			**1.013.650.529**		
OBJETO DEL CONTRATO:	**PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TRABAJADOR SOCIAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1428 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**2/01/2025**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 14.838.912**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	**CUATRO (4) MESES**		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 14.838.912**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 3.709.728**
N° DE INFORME:	**01**	**N° CRP:**	**6089**	**N° CDP:**	**1**
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	**4 MESES**				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	**4EG HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN**				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**LUZ ALBA QUINTANA F.** **JEFE DE OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO (E)**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	**0**	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**0**	**PRORROGAS**	**0**
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:**
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:**
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:**
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**
N° DE PÓLIZA:	**N/A**		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		**N/A**
FECHA DE LA PÓLIZA	**N/A**		**FECHA DE APROBACIÓN:**		**N/A**

ITEM	**IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, 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	Realizar la orientacion, direccionamiento y/o aclaraciones acerca de tramites administrativos necesarios para recibir atencion en salud. * Se realizaron asesorias u orientaciones de aseguramiento en salud; verificando en bases de datos y teniendo en cuenta la norma vigente. Se gestionó la atención de pacientes en unidades de diferente complejidad.
2	Realizar el ingreso y actualizacion permanente en base de datos interna de pacientes en abandono social, poblacion extranjera, habitante de calle, pacientes programados madre canguro, y estudios sociales de caso que se lleven a cabo, mediante la gestion realizada desde el area de trabajo social. * Se realiza registro y actualización permanente en bases de datos respectivas (drives) y se realiza nota en la historia clinica de las gestiones realizadas.
3	Realizar censo diario en los servicios asignados e identificar pacientes en condicion de vulnerabilidad y/o con riesgo social y en condicion de abandono social para realizar entrevista social verificando redes de apoyo familiar, institucional y/o sociales datos de contacto (telefonicos y de domicilio), aseguramiento, describiendo la situacion encontrada durante la intervencion, con notificacion a entes competentes. Realizar seguimiento, evolucion y ubicacion de pacientes identificados en condicion de abandono social en las uss de la subred integrada de servicios de salud centro oriente e.s.e realizando contacto con secretaria distrital de integracion social y/o entidades que reciban esta poblacion. Realizar registro de la gestion en la historia clinica con los debidos soportes. * Se realiza censo hospitalario en la unidad correspondiente y según programación de turnos.

4	Realizar la coordinacion inter-institucional, solicitud y traslado en vehiculo institucional de niños, niñas y adolescentes para restablecimiento de derechos requerida articulando acciones con los entes competentes tales como: instituto colombiano de bienestar familiar (icbf), comisarias, registradoras, policia nacional y/o de infancia y adolescencia. * Se realiza respectiva intervención y se definen conductas a seguir. Se solicita vehiculo institucional según corresponda, y se garantiza cumplimiento de tiempos requeridos.
5	Realizar la solicitud de oxigeno domiciliario para usuarios y pacientes que asi lo requieran mediante diagnostico y autorizacion medica. * Se realiza tramite de oxigeno domiciliario a pacientes en situación ee abandono social o que no tengan red de apoyo familiar. O se realiza con red de apoyo familiar/social para solicitud de trámite y seguimiento.
6	Realizar los tramites respectivos para habitante de calle sin certificar, pacientes indocumentados, pacientes extranjeros segun cada caso,diligenciamiento de ficha sivim, de igual modo la gestion de identificacion de los pacientes fallecidos en las diferentes uss de la subred integrada de servicios de salud centro oriente e.s.e. * Se realizan los reportes respectivos de las pacientes identificados como habitantes de calle al correo designado para programar la respectiva visita de verificación. Se diligencia en Dinámica- historia clinica ficha SIVIM de ser necesario y se notifica a Epidemiologia. Se realiza seguimiento a casos de pacientes fallecidos.
7	Realizar el ingreso en el aplicativo cuentanos bogota de orientaciones grupales y de barreras de acceso y estudios sociales de caso, identificadas durante la gestion diaria, con el fin de evaluar las dificultades de accesibilidad que pueden presentar los usuarios en los servicios de salud. * Las atenciones brindadas a la población gestante son resolutivas y humanizadas.
8	Hacer seguimiento a gestantes con dificultades administrativas por afiliacion en otros municipios, realizando la orientacion respectiva. * Diariamente se valida en plataforma de Dinámica, solicitudes de interconsultas para Trabajo Social y se da respuesta oportuna a las mismas.
9	Realizar la consulta social de los pacientes remitidos por el area medica de la subred. * Diariamente se valida en plataforma de Dinámica, solicitudes de interconsultas para Trabajo Social y se da respuesta oportuna a las mismas.
10	Participar en los procesos de fortalecimiento de competencias a traves de los cursos y capacitaciones virtuales y presenciales establecidos por la subred integrada de servicios de salud centro oriente e.s.e. * Se realizan cursos y fortalecimiento de competencias según solicitud y en tiempos establecidos.
11	Realizar busqueda de datos de contacto y ubicacion en la historia clinica en las diferentes notas que intervienen al paciente. Se realiza actualización de datos de contacto de pacientes y se registra en nota de Trabajo Social en historia clinica.
12	Participar en los procesos de fortalecimiento de competencias a traves de los cursos y capacitaciones virtuales y presenciales establecidos por la subred integrada de servicios de salud centro oriente e.s.e. *Se realizan cursos y fortalecimiento de competencias según solicitud y en tiempos establecidos.
13	Asistir a los espacios de fortalecimiento convocados por la oficina de participacion comunitaria y servicio al ciudadano y la subred integrada de servicios de salud centro oriente e.s.e. * Se asiste con puntualidad a espacios de fortalecimiento que convoca la Oficina.
14	Apoyar los subprocesos teniendo en cuenta las necesidades propias de la oficina de participacion comunitaria y servicio al ciudadano. *Se apoyan actividades que demandadas por la oficina.
15	Garantizar la reserva y confidencialidad de datos e informacion de los diferentes aplicativos institucionales. * Se propende por la reserva y confidencialidad de la información a la que se tiene acceso sea por parte de usuarios y/o aplicativos institucionales.
16	Cumplir con las obligaciones de acuerdo con la demanda y tiempos requeridos segun las necesidades del servicio en los centros de salud y hospitales que conforman la subred integrada de servicios de salud centro oriente e.s.e. * Se cumple con las obligaciónes que demande la unidad y/o unidades de la subred dentro de tiempos requeridos.
17	Portar visiblemente los elementos institucionales y mantener una adecuada presentacion personal dando cumplimiento a los manuales y procedimientos de la oficina y de la subred integrada de servicios de salud centro oriente e.s.e. * Se porta de manera visible y adecuada elementos que identifican al funcionario como tal.
18	Las demas obligaciones que sean asignadas en la realizacion del objeto contractual e indicadas por el supervisor de acuerdo a las necesidades de los servicios en las diferentes unidades de la subred. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.* Se realizan actividades que demande unidad, según corresponda de manera eficiente y eficaz.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	7952326941	**OPERADOR:**	SOI

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	16/01/2025	$ 192.000
PENSIÓN:	PROTECCIÓN	16/01/2025	$ 245.700
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	16/01/2025	$ 37.500
OTRO	CAJA DE COMPENSACION - COMPENSAR	16/01/2025	$ 30.800
TOTAL PAGADO			$ 506.000

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 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)

SE REALIZAN TURNOS DE FIN DE SEMANA: SABADO 18 DE ENERO DEL 2025 Y 19 DE ENERO DEL 2025 EN EL HOSPITAL SAN BLAS. SOPORTES SE ENVIAN AL CORREO - apoyotecnicoparticipacion@subredcentrooriente.gov.co

LADY BARBOSA

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LADY VIVIANA BARBOSA CHACÓN
CC: 1013650529
CEL: 3134146381

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:	LADY VIVIANA BARBOSA CHACÓN	**CC:**	1013650529
		RUT (NIT):	1013650529
CORREO ELECTRÓNICO:	tsladybarbosa@gmail.com	**TELÉFONO:**	3134146381
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 7 SUR N° 8 B - 20	**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

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:	**DAVIVIENDA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**0550008300741199**

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

N° DEL CONTRATO:	**PS 1428 2025**	**N° CDP:**	**1**	**N°. RP:**	**6089**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 4 MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2/01/2025**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**30/04/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $14.838.912**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 02/01/2025 AL 31/01/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$ 3.709.328,00**					
	TRES MILLONES SETECIENTOS NUEVE MIL SETECIENTOS VEINTIOCHO PESOS					

LADY BARBOSA

LADY VIVIANA BARBOSA CHACÓN
C.C 1013650529
cel: 3134146381

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			**LADY VIVIANA BARBOSA CHACÓN**		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			**1.013.650.529**		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TRABAJADOR SOCIAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1428 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**2/01/2025**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.838.912,00				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$14.838.912		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.709.728,00	
N° PAGO / N° DE INFORME:	1 DE 1	**N° CRP INICIAL:**	6089	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	1
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	4 MESES				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	7952326941		**OPERADOR:**	SOI	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	4EG HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**LUZ ALBA QUINTANA F. / JEFE DE OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO (E)**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N° (0)	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICION (0)	PRORROGA (0)
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:**	
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)				
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X
N° DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	ACTO ADMINISTRATIVO DE		N/A

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 (02/01/2025) AL (31/01/2025).

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:** **LUZ ALBA QUINTANA F.** **CARGO: JEFE DE OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO (E)**
	NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: **MARTHA PATRICIA CARDENAS CARDENAS** **PERFIL:** **TÉCNICO ADMINISTRATIVO II**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1013650529
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LADY VIVIANA BARBOSA CHACON
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CLLE 7 SUR # 8B-20	TELÉFONO:	4832090
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7952326941			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES diciembre	AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES diciembre	AÑO	2024
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/01/16			NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1197340619

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201 - PROTECCION	1	$ 244.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.000	$ 0	$ 244.700	$ 1.000	$ 245.700
SUBTOTALES:										$ 244.700	$ 1.000	$ 245.700

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 191.200	$ 0	$ 800	$ 0	$ 191.200	$ 800	$ 0	$ 192.000
SUBTOTALES:													$ 191.200	$ 800	$ 0	$ 192.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 37.300	$ 37.300	$ 200	$ 0	$ 37.500
SUBTOTALES:									$ 37.300	$ 200	$ 0	$ 37.500

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 30.600	$ 200	$ 30.800
SUBTOTALES:			$ 30.600	$ 200	$ 30.800

Planilla Pagada

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES							
																												PENSIÓN								SALUD						ARP													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1013650529	BARBOSA CHACON LADY VIVIANA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 1.528.858				NO																		230201-PROTECCION	30	$ 1.528.858	$ 244.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 244.700	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.528.858	$ 191.200	$ 0	$ 191.200	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1.528.858	$ 101365052	$ 37.300	30	$ 1.528.858	CCF24-COMPENSAR	$ 30.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 506.000