


	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTIÓN CONTRACTUAL		
	<b>FORMATO CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO E INFORME DE SUPERVISIÓN</b>				
	Código: GAD-GCT-FM24		Versión: 01	Fecha de emisión: 2022-02-01	
<b>1. DATOS GENERALES</b>					
CONTRATISTA	LUISA FERNANDA ESPINOSA ROMERO		NIT/ CC No.	1.110.452.034	
CORREO ELECTRÓNICO	lespinosar@invima.gov.co		TELÉFONO	3013986188	
TIPO DE CONTRATO	Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión				
No. CONTRATO	358-2024		TERMINO DE EJECUCIÓN	24/07/2024	
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO QUÍMICO FARMACEUTICO EN LA GESTIÓN Y DESARROLLO DE LAS EVALUACIONES, PROYECCIÓN Y REVISIÓN DE CONCEPTOS FARMACÉUTICOS PARA LA EMISIÓN DE MODIFICACIONES DE MEDIANO RIESGO, MODIFICACIONES DE BAJO RIESGO Y TRÁMITES ASOCIADOS, A LOS PRODUCTOS COMPETENCIA DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS, DENTRO DE LOS PROCESOS DE REGISTROS SANITARIOS, TRAMITES Y ACTIVIDADES ASOCIADAS.				
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	2024-01-24	FECHA DE INCIO	2024-01-25	FECHA DE TERMINACIÓN	2024-07-24
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 21.102.000	SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO	\$ 3.517.000	VALOR A PAGAR	\$ 3.517.000
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	\$ 0	VALOR PAGADO	21.102.000	No. PAGO QUE SE CERTIFICA	6
TIPO DE PAGO	FINAL	FACTURA / CUENTA N°.	NA	PERIODO OBJETO DE PAGO	(25 de Junio al 24 de julio del 2024)
BANCO	BOGOTA	TIPO DE CUENTA	AHORROS	No DE CUENTA	274071406
<b>2. OBSERVACIONES DEL CONTRATO</b>					
(Indicar las adiciones, prórrogas, modificaciones, suspensiones, etc., que haya tenido el contrato. También podrá indicar lugar de ejecución y área de intervención cuando sea el caso)					
<b>3. SOPORTES DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES</b>					
En mi calidad de supervisor (a) del contrato, luego de revisar y analizar las actividades realizadas por el contratista, certifico el cumplimiento a satisfacción de las obligaciones contractuales para el presente pago y de la entrega de los soportes que lo acreditan:					
Señale los documentos o soportes adjuntos al presente formato					
Informe de actividades	SI	Facturas	N/A		
Pago Parafiscales	SI	Ingreso a Almacén	N/A		
SGSSI	SI	Documentos a cargo	SI		
Carné	SI	Otros. Cuales?	SI		
TARJETA DE ACCESO,FORMATO INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN,FORMATO EVALUACIÓN DE PROVEEDORES					
<b>4. RELACIÓN DEL PAGO APORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL</b>					
NÚMERO DE PLANILLA	78209065 - 79323263				
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD	
SALUD	JUNIO-JULIO	26/06/2024 07/08/2024	175.900 175.900	ALIANSA SALUD	
PENSIÓN	JUNIO-JULIO	26/06/2024 07/08/2024	225.100 225.100	PORVENIR	
ARL	JUNIO-JULIO	26/06/2024 07/08/2024	7.400 7.400	POSITIVA	
<i>Nota: Los parafiscales corresponden a Sena, ICBF, Caja de compensación según el caso; SGSSI que corresponde a salud, pensión y riesgos laborales. Se debe anexar los pagos o planillas.</i>					
<b>5. INFORME PARCIAL DE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL</b>					
(El supervisor deberá realizar un informe respecto de la ejecución del contrato en la casilla correspondiente al tipo de contrato)					
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:					
<ol style="list-style-type: none"> <li>Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas.</li> <li>Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.</li> <li>Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el informe de actividades, correspondiente al periodo de cobro, objeto de la presente certificación.</li> </ol>					
En caso de no cumplir con las obligaciones establecidas en el contrato el supervisor debe tener en cuenta el numeral 22 y siguientes del Manual de Supervisión e Interventoría GAD-GCT-MN2 y el numeral 7.8 del Manual de Contratación GAD-GCT-MN1.					
Fecha de expedición de la presente certificación:	AAAA	MM	DD		
	2024	8	9		
Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal					
Nombre					
Fecha de revisado:					
AAAA-MM-DD					
Consecutivo:					
 Diana Patricia Liévano Moyano Cargo: Coordinadora Grupo de Registros Sanitarios de Productos Fitoterapéuticos, Medicamentos Homeopáticos y Suplementos Dietarios Dependencia: Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos					
<b>NOTA 1.</b> Los supervisores deberán allegar los informes y toda la documentación que se deriven de la ejecución del presente contrato al expediente contractual. <b>NOTA 2.</b> Los supervisores una vez se cumpla el plazo de ejecución del contrato, deberán elaborar el informe final de supervisión, de acuerdo con lo señalado en el manual de Interventoría y Supervisión GAD-GCT-MN2.					

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	GESTIÓN CONTRACTUAL	
	<b>FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA</b>		
	Código: GAD-GCT-FM9	Versión: 01	Fecha de emisión: 2022/02/01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO			
<b>No. CONTRATO</b>	358-2024		
<b>CONTRATISTA:</b>	LUISA FERNANDA ESPINOSA ROMERO	<b>NIT / C.C No. :</b>	1.110.452.034
<b>OBJETO CONTRACTUAL:</b>	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO QUIMICO FARMACEUTICO EN LA GESTION Y DESARROLLO DE LAS EVALUACIONES, PROYECCION Y REVISION DE CONCEPTOS FARMACEUTICOS PARA LA EMISION DE MODIFICACIONES DE MEDIANO RIESGO, MODIFICACIONES DE BAJO RIESGO Y TRAMITES ASOCIADOS A LOS PRODUCTOS COMPETENCIA DE LA DIRECCION DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS DENTRO DE LOS PROCESOS REGISTRADOS SANITARIOS, TRAMITES Y ACTIVIDADES ASOCIADAS.		
<b>VALOR DEL CONTRATO</b>	\$ 21.102.000		
<b>FECHA DE SUSCRIPCIÓN:</b>	24-01-2024	<b>PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS</b>	180 días
<b>FECHA DE INICIO:</b>	2024-01-25	<b>FECHA DE TERMINACIÓN:</b>	2024-07-24
<b>FECHA PERIODO DE PAGO.</b>	<b>DE:</b> 25-06-2024	<b>HASTA:</b>	24-07-2024
<b>PAGO NÚMERO:</b>	06	<b>DEPENDENCIA:</b>	Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos
<b>SUPERVISOR DEL CONTRATO:</b>	DIANA PATRICIA LIEVANO MOYANO		

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS
1	Estudio Técnico modificaciones Suplementos Dietarios, Fitoterapéuticos y medicamentos Homeopáticos	COMPLETAR DATOS/ ESTUDIO TECNICO REGISTRO SANITARIO NUEVO/ESTUDIO DE RESPUESTA AUTO TECNICO-LEGAL - CONCEPTO TECNICO	Radicados: 20231058057,20231058164 20231130466,20231055189 20231056654,20231057665 20211277819,20211230853 20211229015,20211229015 20231057234,20231057510 20231057521 Total= 13
2		GENERACIÓN DE AUTO POR CAMBIO DE FIRMANTE	20211226091, 20211230883 20231271524 Total: 3
3.		MODIFICACIONES	20221132316,20221154330 20221201074,20221255349 20221281792,20231119365 20221142763,20181126803

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	GESTIÓN CONTRACTUAL	
	<b>FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA</b>		
	Código: GAD-GCT-FM9	Versión: 01	Fecha de emisión: 2022/02/01

			20221133034,20221252899 20221010476,20221210541 20231119079,20221192822 20221089681,20221090466 20221093639,20221133740 20221147857,20201141392 20211031044,20211135067 20211135592,20211160192 20211201746,20221022574 TOTAL= 26
4.	COMPLETAR DATOS		20231102056 20221281276 20211135067 20211160192 20211149330 TOTAL= 5

Certifico que cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas.

### 3. VIAJES O DESPLAZAMIENTOS (CUANDO APLIQUE)

A continuación, relaciono los desplazamientos que realicé previo a la presentación de este informe. Una vez finalizado cada desplazamiento presenté ante el supervisor del contrato un informe sobre las actividades realizadas. Cada informe cuenta con el visto bueno del Supervisor, se constituye en soporte de la legalización de los desplazamientos realizados y forma parte integral del presente Informe de ejecución contractual, el cual relaciono así:

ITEM	No. AUTORIZACIÓN DE VIAJE	LUGAR DE DESPLAZAMIENTO	FECHAS DE DESPLAZAMIENTOS	
			INICIO	FINALIZACIÓN
1.	N/A	N/A	N/A	N/A


### 4. CUMPLIMIENTO FRENTE A LA OBLIGACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL

Para el trámite de la cuenta me permito adjuntar: fotocopia o en medio magnético de la planilla, recibo de pago de aportes a salud, pensiones y ARL, correspondiente al mes de Junio del año 2024.

Pago No.	Valor de honorarios	Base de cotización	No. días base de cotización	Valor Pago correspondiente EPS, Pensión y ARL	No. Planilla	Planilla Expedida por (operador)
06	\$ 3.517.000	\$1.406.800	30	\$ 408.400	78209065	Mi planilla

### 5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	\$ 21.102.000
--------------------------	---------------

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	GESTIÓN CONTRACTUAL	
	<b>FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA</b>		
	Código: GAD-GCT-FM9	Versión: 01	Fecha de emisión: 2022/02/01

Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	\$ 21.102.000
Saldo del contrato	0

**6. PUBLICACION EN LA PLATAFORMA SECOP II LAS CERTIFICACIONES DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO, INFORMES Y SOPORTES CORRESPONDIENTES**

NÚMERO DE PAGO CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES PUBLICADOS	PUBLICACIÓN EN SECOP II	
	SI	NO
06	X	

Nota: La publicación se hace posterior al diligenciamiento de los formatos y con anterioridad al trámite de pago, el supervisor verifica que el contratista cargue en la plataforma SECOP II los documentos en PDF con el nombre PAGO No 06.

Atentamente,

Firma   
**Luisa Fernanda Espinosa Romero**  
 C.C. No. 1.110.452.034

Recibí a satisfacción:

Firma   
**DIANA PATRICIA LIEVANO MOYANO**  
 Coordinadora Grupo de Registros Sanitarios  
 De Productos Fitoterapéuticos.  
 Dirección de Medicamentos Y Productos Biológicos  
 Supervisor(a) Contrato 358-2024



GESTIÓN ADMINISTRATIVA

GESTIÓN CONTRACTUAL

## FORMATO INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN

Código: GAD-GCT-FM14

Versión: 02

Fecha de emisión: 2022-11-17

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO:	358-2024		
CONTRATISTA:	LUISA FERNANDA ESPINOSA ROMERO	NIT / CC No.:	1110452034
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO QUIMICO FARMACEUTICO EN LA GESTION Y DESARROLLO DE LAS EVALUACIONES, PROYECCION Y REVISION DE CONCEPTOS FARMACEUTICOS PARA LA EMISION DE MODIFICACIONES DE MEDIANO RIESGO, MODIFICACIONES DE BAJO RIESGO Y TRAMITES ASOCIADOS A LOS PRODUCTOS COMPETENCIA DE LA DIRECCION DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS DENTRO DE LOS PROCESOS REGISTRADOS SANITARIOS, TRAMITES Y ACTIVIDADES ASOCIADAS.		
VALOR DEL CONTRATO	\$ 21.102.000		
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	2024-01-24	PLAZO DE EJECUCIÓN:	2024-07-24
FECHA DE INICIO:	2024-01-25	FECHA DE TERMINACIÓN:	2024-07-24
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	DIANA PATRICIA LIEVANO MOYANO	DEPENDENCIA:	GRUPO DE REGISTROS SANITARIOS DE PRODUCTOS FITOTERAPEUTICOS, MEDICAMENTOS HOMEOPATICOS Y SUPLEMENTOS DIETARIOS

## 2. SUSPENSIONES

ACTA	FECHA	PLAZO	JUSTIFICACIÓN
-	-	-	-

## 3. PRÓRROGAS

ACTA	FECHA	PLAZO	JUSTIFICACIÓN
-	-	-	-

## 4. ADICIONES

ACTA	FECHA	VALOR	JUSTIFICACIÓN
-	-	-	-

## 5. GARANTÍA

ASEGURADORA	-	No. de póliza	-
-------------	---	---------------	---

AMPAROS	VALOR ASEGURADO	VIGENCIA	
		DESDE	HASTA
-	-	AAAA-MM-DD	AAAA-MM-DD



GESTIÓN ADMINISTRATIVA

GESTIÓN CONTRACTUAL

**FORMATO INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN**

Código: GAD-GCT-FM14

Versión: 02

Fecha de emisión: 2022-11-17

**6. SANCIONES**

SI \_\_\_\_\_

NO  \_\_\_\_\_

(INDICAR LAS APLICADAS AL CONTRATO EN CASO AFIRMATIVO)

**7. CUMPLIMIENTO FRENTE A LA OBLIGACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL**SI  \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_

**8. BALANCE FINANCIERO**

CONCEPTO	VALOR CONTRATO
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 21.102.000
ADICIONES	-
MODIFICACIONES	-
SUBTOTAL	\$ 21.102.000
VALOR EJECUTADO	\$ 21.102.000
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	-
SALDO A FAVOR DE LA ENTIDAD/SALDO A LIBERAR	-

**9. RESULTADO DE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL**

No.	OBLIGACIONES CONTRACTUALES ESPECIFICA	ACTIVIDAD/ PRODUCTO DESARROLLADO EN CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN
1.	Prestar los servicios profesionales como químico farmacéutico en la gestión y desarrollo de las evaluaciones, proyección y revisión de conceptos farmacéuticos para la emisión de modificaciones de mediano riesgo, modificaciones de bajo riesgo y tramites asociados a los productos competencia de la dirección de medicamentos y productos biológicos dentro de los procesos registrados sanitarios, tramites y actividades asociadas.	Modificaciones a registro sanitario Completar datos Estudio técnico registro sanitario nuevo Estudio de respuesta auto técnico-legal Participación en Comité de publicidad Revisión y análisis de piezas publicitarias

**10. OBSERVACIONES ADICIONALES (SI APLICA)****11. GRADO SATISFACCIÓN DE LA ENTIDAD**EXCELENTE \_\_\_\_\_ BUENO  \_\_\_\_\_ REGULAR \_\_\_\_\_ MALO \_\_\_\_\_(DEBE COINCIDIR CON EL RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DE PROVEEDORES  
FORMATO GAD-GCT-FM8)



GESTIÓN ADMINISTRATIVA

GESTIÓN CONTRACTUAL

## FORMATO INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN

Código: GAD-GCT-FM14

Versión: 02

Fecha de emisión: 2022-11-17

**12. PUBLICACION EN LA PLATAFORMA SECOP II LAS CERTIFICACIONES DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO E INFORMES**

Se relacionan todos las certificaciones de cumplimiento para pago e informe de supervisión **GAD-GCT-FM24**, Informe de actividades del contratista **GAD-GCT-FM9**, soportes correspondientes, incluyendo el informe final.

NÚMERO DE PAGO QUE CERTIFICA CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES	PUBLICACIÓN EN SECOP II	
	SI	NO
1	X	
2	X	
3	X	
4	X	
5	X	
6	X	

**Nota 1:** Conforme a lo anterior y de acuerdo al subnumeral 10 del numeral 14.2.2.2. ACTIVIDADES DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO<sup>1</sup> del manual supervisión e interventoría, el supervisor del contrato declara bajo la gravedad de juramento que los informes de supervisión y certificados de pagos derivados del contrato número 358 de 2024, se encuentran publicados en su totalidad en la plataforma del Secop II y reposan en el expediente contractual físico en custodia del Grupo de Gestión Contractual.

Por lo anterior, en este estado con el presente informe se autoriza al Grupo de Gestión Contractual proceder al cierre del contrato número 358 de 2024 en la plataforma del Secop II y equivale para todos sus efectos con la terminación del negocio jurídico desarrollado, es de advertir que una vez cerrado el contrato no se permitirán modificaciones adiciones o publicaciones posteriores, como quiera que, este quedará inactivo.

**Nota 2:** En los casos de trámite contractual de cesión de contrato en tratándose del informe final del cedente no procederá la nota número 1, del presente formato, en razón a que, el contrato deberá continuar la ejecución inicialmente pacta por el contratista cesionario.

Para constancia de lo anterior, se firma en Bogotá a los 24 días del mes julio de 2024

Firma

Nombres y Apellidos

Cargo

Dependencia

Supervisor(a) Contrato 358 de 2024

Quien entrega (si aplica)

<sup>1</sup> 10. Radicar todos los documentos requeridos de tal manera que se cumpla con los pagos programados al contratista

GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTIÓN CONTRACTUAL		
EVALUACION DE PROVEEDORES				
Código GAD-GCT-FMS		Versión 01		Fecha de Emisión 2022-03-01
NOMBRE DEL PROVEEDOR	LUISA FERNANDA ESPINOSA ROMERO	FECHA DE EVALUACIÓN	AAAA	MM DD
NIT O C.C. No.	CC 1.110.452.034	PERIODO EVALUADO (si aplica)	2024	7 24
No. DEL CONTRATO Y FECHA DE SUSCRIPCIÓN	358-24/01/2024			
FECHA ACTA DE INICIO	2024-01-25			
CORREO ELECTRONICO PROVEEDOR	lespinosar@invima.gov.co			
DIRECCIÓN Y TELEFONO	calle 90#76-34 3013986188			
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO QUIMICO FARMACEUTICO EN LA GESTIÓN Y DESARROLLO DE LAS EVALUACIONES, PROYECCIÓN Y REVISIÓN DE CONCEPTOS FARMACÉUTICOS PARA LA EMISIÓN DE MODIFICACIONES DE MEDIANO RIESGO, MODIFICACIONES DE BAJO RIESGO Y TRÁMITES ASOCIADOS A LOS PRODUCTOS COMPETENCIA DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS, DENTRO DE LOS PROCESOS DE REGISTROS SANITARIOS, TRÁMITES Y ACTIVIDADES ASOCIADAS			
SISTEMA DE Puntuación	NA	No aplica	2	Cumple parcialmente
	0	No cumple	3	Cumple plenamente
	1	Cumple mínimamente	4	Supera las expectativas
CALIDAD DEL BIEN, OBRA Y/O SERVICIO	Cumple con el objeto del contrato			CALIF 0-4
	La calidad de las especificaciones del bien, obra o servicio cumple con lo requerido			4
OPORTUNIDAD EN LA RESPUESTA A LOS REQUERIMIENTOS DEL SUPERVISOR	Las respuestas dadas por el proveedor fueron acordes con la solicitud del supervisor			4
	Sus tiempos de respuesta ante requerimientos se adecuan a nuestras necesidades			4
CUMPLIMIENTO	Entrega justo a tiempo (proveedores de bienes)			NA
	Cumple con los tiempos establecidos (proveedores de servicios)			4

EVALUACION DEL PROVEEDOR =  $\frac{\text{TOTAL DE PUNTOS OBTENIDOS (20)}}{\text{TOTAL DE PUNTOS POSIBLES (20)}} \times 100 = 100$

EXCELENTE	91 - 100
BUENO	71 - 90
REGULAR	50 - 70
MALO	0 - 49

CANTIDAD DE PREGUNTAS APLICABLES ( 5 )

CALIFICACION **EXCELENTE**

Relación de peticiones, quejas, reclamos, denuncias o sugerencias (PQRDS) que se presentaron en la ejecución del contrato: Ninguna

Observaciones: La profesional cumplió a cabalidad las obligaciones del contrato

FIRMA

NOMBRE DEL SUPERVISOR O INTERVENTOR: Diana Patricia Liévano Moyano Diana Patricia Liévano Moyano

CARGO: Coordinadora Grupo de Registros Sanitarios de Productos Fitoterapéuticos, Medicamentos Homeopáticos y Suplementos Dietarios

Coordinadora Grupo de Registros Sanitarios de Productos Fitoterapéuticos, Medicamentos Homeopáticos y Suplementos Dietarios

Nota N° 1: Si el contrato es de ejecución instantánea (Contratos de Compraventa), se realizará una vez cumplida la obligación de entregar y se realizarán evaluaciones periódicas durante el periodo de la garantía si el supervisor lo estima conveniente

Nota N° 2: Si son de trazo sucesivo (Prestación de Servicios o Suministro), se realizará cada vez que el proveedor presente la factura para pago

Nota N° 3: Si son contratos de Prestación de Servicios Profesionales o de Apoyo se realizará al finalizar el contrato

Nota N° 4: En los casos que la evaluación arroje los resultados REGULAR Y MALO, el supervisor debe analizar si es procedente actuar como un incumplimiento en el contrato de ser así, es necesario remitirse al numeral 22 y siguientes del Manual de Supervisión e Interventoría GAD-GCT MN2 y el numeral 7 B del Manual de Contratación GAD-GCT MN1.







DATOS DEL APORTANTE			
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN
CC	1110452034	LUISA FERNANDA ESPINOSA ROMERO	calle 90 numero 76-34
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	DEPARTAMENTO
UNICA	I - Independiente		BOGOTÁ D. C.
			CIUDAD / MUNICIPIO
			BOGOTÁ D.C.
			EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
			NO
			CORREO
			lespinosa34@ctib.edu.co
			TELÉFONO
			7024981

DATOS DE LA PLANILLA			
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (PARAFISCALES)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAS/MES/AÑO)
	2024-07	I	08/08/2024
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES		
2024-07	2024-07		
		NÚMERO PLANILLA	
		79323263	
		CANTIDAD EMPLEADOS	
		1	
		TOTAL A PAGAR	
		\$408.400	

DETALLE POR COTIZANTE		INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSION			SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres		Cotizante	Subtipo	Color extranjero	Extranjero	INQ	REI	TRE	TAE	TAF	VAF	SLN	IDE	ST	SA	CT	RF	CORRECCION	Cot. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Apertura	Fondo pensional solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cot. EPS	IBC EPS	Cotización/ Valor UPC	Cod. ARL	IBC ARL	Clase de riesgo	Cotización CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN		
1	CC	1110452034	ESPINOSA ROMERO	LUISA FERNANDA	59	0	N														230001	1.406.800	225.100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1423	1.406.800	1	7.400	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGA DADA