

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.****INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS****DATOS DEL INFORME**

<b>Periodo a Certificar:</b>	<b>Desde:</b>	2025-07-01	<b>Hasta:</b>	2025-07-31
<b>Nombre del Contratista:</b>	ALLISON KATHERINE ALMANZA GARZON		<b>Número de Documento:</b>	1031147085
<b>Correo Electrónico:</b>	Alliska3@gmail.com		<b>Número Telefónico:</b>	3014830851
<b>Nombre del Supervisor:</b>	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	<b>Cargo:</b>	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	<b>Código Grado:</b> - 242-25

**DATOS DEL CONTRATO**

<b>No. Contrato:</b>	5545-2025	<b>Año Contrato:</b>	2025	<b>CDP Contrato Inicial:</b>	680
<b>Perfil:</b>	PROFESIONAL UNIVERSITARIO I-EBE				
<b>Dirección a la que Pertenece:</b>	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
<b>Unidad de Servicios:</b>	ADMINISTRATIVA				

**LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS**

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
V07UI502	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS SANTA MARTA	184	0	25881	\$4762104	100%
<b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b>	<b>\$ 4762104</b>	<b>CUATRO MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y DOS MIL CIENTOCUATROPESOS</b>					

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

<b>Fecha de Inicio del Contrato</b>	2025-05-02			<b>Fecha de Terminación del Contrato Inicial</b>	2025-05-31
<b>No. Prorroga</b>	<b>Fecha Inicio</b>	<b>Fecha Terminación</b>	<b>No. Adición</b>	<b>Valor Adición</b>	<b>CDP</b>
1	2025-05-24	2025-06-30	1	\$ 4603361	892
2	2025-06-20	2025-07-31	2	\$ 4762104	1066
3	2025-07-25	2025-08-31	3	\$ 4762104	1267
<b>No. Cuenta Según el Mes Certificado</b>	<b>Mes Cuenta de Cobro</b>			<b>Valor a Pagar</b>	
1	MAYO			\$ 4762104	

<b>EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO</b>			
2	JUNIO	\$ 4762104	
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>	<b>PAGOS REALIZADOS</b>	<b>SALDO DEL CONTRATO</b>
\$ 4920847	\$ 19048416	\$ 9524208	\$ 9524208
<b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b>		<b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b>	<b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b>
1	Desarrollar las actividades administrativas y financieras en el marco de la ejecución del convenio vigente.	- Realizar las actividades financieras y administrativas del convenio.	- Magnético
2	Gestionar la adquisición de elementos necesarios para la operatividad en materia de TH y bienes y servicios.	- Realizar la adquisición necesaria para la ejecución del convenio de manera oportuna	- Magnético
3	Realizar revisión, seguimiento y cruce de información financiera de los procesos.	- Realizar la adquisición necesaria para la ejecución del convenio de manera oportuna	- Magnético
4	Realizar los informes correspondientes a la ejecución presupuestal del convenio.	- Realizar el informe requerido por SDS para la ejecución del convenio	-- Magnético
5	Validar la calidad, veracidad y cumplimiento de los productos concertados, presentar informes y reportes en la periodicidad definida y asistir a procesos de preauditorías y auditorías internas y externas según requerimiento.	- Realizar los procesos requeridos por SDS con informes, auditorías y demás	- Magnético
6	Realizar planeación, Implementación, monitoreo y evaluación correspondiente a los procesos asignados de acuerdo con los lineamientos definidos para las actividades a desarrollar en cumplimiento al objeto contractual.	- Realizar la implementación necesaria para el cumplimiento de los objetivos propuestos para el convenio.	- Magnético
7	Informar a tiempo cualquier eventualidad que Interfiera en el adecuado cumplimiento de los objetivos establecidos. Realizar acompañamiento a las diferentes	- Realizar los procesos requeridos pos SDS con informes, auditorías y demás	- Magnético
8	realizar acompañamiento a las diferentes reuniones y/o mesas de trabajo a las que sea convocado.	- Se acompañará a las reuniones, comités pertinentes convocados	- Magnético y Listados de asistencia
9	Llevar control de los procesos de pago a contratistas (valores a certificar, horas adicionales, ect.) y/o proveedores	- Llevar el control de las horas a certificar, horas adicionales de los contratistas	- Magnético
10	Realizar las conciliaciones tanto en la dirección financiera como en la SDS a fin de tramitar las liquidaciones de los convenios.	- Realizar las liquidaciones pertinentes.	-- Magnético
11	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	- Realizar otras actividades que lo requieran el convenio	- Magnético

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL								
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior	\$ 4762104
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2025	JUNIO	2025	07	11	7974798330	-		
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CUATRO MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y DOS MIL CIENTOCUATROPESES			
Item				Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 1904842	\$ 304775	\$ 304900
Salud					COMPENSAR		\$ 238105	\$ 238900
ARL				3	SURA		\$ 46402	\$ 46600
Caja de Compensación				SI	COLSUBSIDIO	<b>Total</b>	\$ 552823	\$ 590400

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0570004870459056

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ALLISON KATHERINE ALMANZA GARZON	2025-07-25 10:34:07
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-07-27 18:30:44
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-07-28 13:51:37

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)

**NOTA:** La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo **SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



**YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA**  
**PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD**

## PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1031147085	NÚMERO PLANILLA:	<b>7974798330</b>	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	ALLISON KATHERINE ALMANZA GARZON	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES
CIUDAD/MUNICIPIO:	CRA 19 A N° 51 - 25 SUR	TELÉFONO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL	DÍAS DE MORA:	junio AÑO 2025		2025
DIRECCIÓN:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	2792026	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/07/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1619904853
TIPO APORTANTE:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	I-INDEPENDIENTE				
TIPO EMPRESA:	ÚNICO		Actividades de impresión.				
FORMA DE PRESENTACIÓN:							
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

TOTAL APORTES A PENSIÓN													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 288.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 288.000	\$ 0	\$ 0	\$ 288.000
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 288.000</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 288.000</b>

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
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 225.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 225.000	\$ 0	\$ 0	\$ 225.000
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 225.000</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 225.000</b>	

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	
14-11	14-11 - ARL SURA	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 43.900	\$ 43.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 43.900	
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 43.900</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 43.900</b>

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES										
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO								
CCF22	CCF22-COLSUBSIDIO	1	\$ 10.800	\$ 0	\$ 10.800								
<b>SUBTOTALES:</b>			<b>\$ 10.800</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 10.800</b>								

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																																					
DATOS DEL COTIZANTE					NOVEDADES															PENSIÓN										SEGURIDAD SOCIAL										SALUD										ARP										PARAFISCALES									
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	A/P	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP	APORTES VOLUNTARIOS	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APOORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APOORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APOORTE	DÍAS COT	IBC	CCF	SENA	ICBF	ESAP	MINEDU																		
1	CC 1031147085	ALMANZA GARZON ALLISON KATHERINE	INDEPENDIENTE	CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	\$ 1.800.000			NO																	230301-PORVENIR	30	1.800.000	\$ 288.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 288.000	EPS008-COMPENSAR	30	1.800.000	\$ 225.000	\$ 0	\$ 225.000	14-11 - ARL SURA	30	1.800.000	\$ 103114708	\$ 43.900	30	1.800.000	CCF22-COLSUBSIDIO	\$ 10.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0																	

**TOTAL PAGADO: \$ 567.700**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1031147085
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	ALLISON KATHERINE ALMANZA GARZON	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 19 A N° 51 - 25 SUR TELÉFONO:	2792026
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades de impresión.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	<b>7974798330</b>	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: junio	PERIODO COTIZACIÓN MES: junio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD: AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/07/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1619904853

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

LIQUIDACIÓN GENERAL					
				TOTALES	
				COTIZANTES	TOTAL PAGADO
<b>PENSIÓN</b>					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
8002248088	230301	230301-PORVENIR		1	\$ 288.000
<b>SUBTOTAL:</b>				1	<b>\$ 288.000</b>
<b>SALUD</b>					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
8600669427	EPS008	EPS008-COMPENSAR		1	\$ 225.000
<b>SUBTOTAL:</b>				1	<b>\$ 225.000</b>
<b>CAJA DE COMPENSACIÓN</b>					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
8600073361	CCF22	CCF22-COLSUBSIDIO		1	\$ 10.800
<b>SUBTOTAL:</b>				1	<b>\$ 10.800</b>
<b>RIESGOS PROFESIONALES</b>					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA		1	\$ 43.900
<b>SUBTOTAL:</b>				1	<b>\$ 43.900</b>

<b>VALOR SIN MORA:</b>	<b>\$ 567.700</b>
<b>VALOR MORA:</b>	<b>\$ 0</b>
<b>TOTAL PAGADO:</b>	<b>\$ 567.700</b>



- 1 [Información general](#)
- 2 [Condiciones](#)
- 3 [Bienes y servicios](#)
- 4 [Documentos del Proveedor](#)
- 5 [Documentos del contrato](#)
- 6 [Información presupuestal](#)
- 7 [Ejecución del contrato](#)**
- 8 [Modificaciones del Contrato](#)
- 9 [Incumplimientos](#)

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

**VER CONTRATO**

**Ejecución del contrato**

Porcentaje  Recepción de artículos

**Plan de Pagos**

¿Se requieren emisiones de  
códigos de autorización?  Si  No

Identificación de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
------------------------	-------------------	------------------	--------------------	---------------------------	--------

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

**Documentos de ejecución del contrato**

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/> ARL SURA 1031147085 CTO 5545-2025.pdf	ARL SURA 1031147085 CTO 5545-2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA JUNIO 2025 CTO 5545-2025.pdf	CUENTA JUNIO 2025 CTO 5545-2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA MAYO 2025 - CTO 5545-2025.pdf	CUENTA MAYO 2025 - CTO 5545-2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

+ Agregar entidad

Lista Entidades

10

Id presentación	Nombre entidad	Fecha presentación	Presentar como	Motivo de presentación	Estado	Observaciones	Volver a presentar	Editar presentación	Ver hoja de vida validada	Eliminar
1582063	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	15/07/2025	Contratista	Nueva vinculación	Enviada a entidad					
1548811	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	29/04/2025	Contratista	Nueva vinculación	Enviada a entidad					
1437906	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	04/12/2024	Contratista	Nueva vinculación	Enviada a entidad					
1399206	Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	30/09/2024	Contratista	Nueva vinculación	Enviada a entidad					

Activar Windows  
Ve a Configuración para activar Windows

¿Quieres diligenciar una declaración?

[No estoy seguro, Volver](#)
[Sí, diligenciar declaración](#)

Declaración

10

Fecha de declaración	Año gravable	Tipo	Estado	Ver
15-jul-2025	2024	Para suscribir contrato de prestación de servicios	Presentada	
29-abr-2025	2024	Para suscribir contrato de prestación de servicios	Presentada	
04-dic-2024	2023	Para suscribir contrato de prestación de servicios	Presentada	
30-sep-2024	2023	Para suscribir contrato de prestación de servicios	Presentada	
29-sep-2024	2023	Para suscribir contrato de prestación de servicios	Presentada	
29-abr-2023	2022	Para actualización (Periodica)	Presentada	
25-nov-2022	2021	Para actualización (Periodica)	Presentada	
09-ago-2022	2021	Para actualización (Periodica)	Presentada	



Aplicativo por la Integridad pública



[Inicio](#)
[Declaración de Ley 2013 de 2019](#)
[Declaración Decreto 830 de 2021 \(Personas Expuestas Políticamente - PEP\)](#)
[Opciones de usuario](#)

Declaración de Ley 2013 de 2019

[Ver aceptación de la política de seguridad de datos](#)

[Registrar nueva Declaración Ley 2013 de 2019](#)

Recuerda verificar también si, según el Decreto 830 de 2021, usted debe declarar y publicar su información financiera. En caso de que deba hacerlo, dé clic en [Declaración Decreto 830 de 2021 \(Personas Expuestas Políticamente - PEP\)](#) en el menú superior del aplicativo.

Lista Declaraciones de Ley 2013 de 2019

Acciones	Declaración No.	Entidad	Cargo/Contratista	Tipo de publicación	Fecha de creación	Fecha de publicación	Estado
	2800744-01	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR	CONTRATISTA	INGRESO	2025-07-15 16:34	2025-07-15 16:55	FINALIZADO

## PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN: NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: CIUDAD/MUNICIPIO: DIRECCIÓN: TIPO APORTANTE: TIPO EMPRESA: FORMA DE PRESENTACIÓN: APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	CÉDULA DE CIUDADANÍA BOGOTA DISTRITO CAPITAL CRA 19 A N° 51 - 25 SUR 02-INDEPENDIENTE PRIVADA ÚNICO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: DEPARTAMENTO: TELÉFONO: CLASE APORTANTE: ACTIVIDAD ECONOMICA:	1031147085 ALLISON KATHERINE ALMANZA GARZON BOGOTA - DISTRITO CAPITAL 2792026 I-INDEPENDIENTE Actividades de impresión. NO	NÚMERO PLANILLA: PERIODO COTIZACIÓN OTROS DÍAS DE MORA: FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	7980420846 MES junio AÑO 2025 7 2025/07/25 7974798330	TIPO DE PLANILLA: PERIODO COTIZACIÓN SALUD: NÚMERO AUTORIZACIÓN: FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	N-CORRECCIONES 2025 MES junio AÑO 1652384568 2025/07/11

TOTAL APORTES A PENSIÓN													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 16.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 100	\$ 0	\$ 16.800	\$ 100	\$ 0	\$ 16.900
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 16.800</b>	<b>\$ 100</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 16.900</b>

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
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 13.200	\$ 0	\$ 100	\$ 0	\$ 13.200	\$ 100	\$ 0	\$ 13.300
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 13.200</b>	<b>\$ 100</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 13.300</b>		

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 2.600	\$ 0	\$ 2.600	\$ 100	\$ 0	\$ 2.700
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 2.600</b>	<b>\$ 100</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 2.700</b>

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	MORA		TOTALES								
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO							
CCF22	CCF22-COLSUBSIDIO	1	\$ 700	\$ 100	\$ 0	\$ 800							
<b>SUBTOTALES:</b>					<b>\$ 700</b>	<b>\$ 100</b>	<b>\$ 800</b>						

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																											
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										PENSIÓN								SEGURIDAD SOCIAL								SALUD								ARP								PARAFISCALES							
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TAE	TAP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	A/P	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	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	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE					
1	CC 1031147085	ALMANZA GARZON ALLISON KATHERINE	INDEPENDIENTE	CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	\$ 1.800.000				NO						A										230301-PORVENIR	30	1.800.000	\$ 288.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 288.000	EPS008-COMPENSAR	30	1.800.000	\$ 225.000	\$ 0	\$ 225.000	14-11 - ARL SURA	30	1.800.000	\$ 103114708	\$ 43.90030	1.800.000	CCF22-COLSUBSIDIO	\$ 10.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0							
2	CC 1031147085	ALMANZA GARZON ALLISON KATHERINE	INDEPENDIENTE	CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	\$ 1.904.842				NO						C 01-30										230301-PORVENIR	30	1.904.842	\$ 304.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 304.800	EPS008-COMPENSAR	30	1.904.842	\$ 238.200	\$ 0	\$ 238.200	14-11 - ARL SURA	30	1.904.842	\$ 103114708	\$ 46.50030	1.904.842	CCF22-COLSUBSIDIO	\$ 11.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0							
3	CC 1031147085	ALMANZA GARZON ALLISON KATHERINE	INDEPENDIENTE	CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	\$ 1.904.842				NO						R 01-30										230301-PORVENIR	0	\$ 104.842	\$ 16.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 16.800	EPS008-COMPENSAR	0	\$ 104.842	\$ 13.200	\$ 0	\$ 13.200	14-11 - ARL SURA	0	\$ 104.842	\$ 103114708	\$ 2.600 0	\$ 104.842	CCF22-COLSUBSIDIO	\$ 700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0							

**TOTAL PAGADO: \$ 33.700**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1031147085
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	ALLISON KATHERINE ALMANZA GARZON	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 19 A N° 51 - 25 SUR TELÉFONO:	2792026
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades de impresión.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	<b>7980420846</b>	TIPO DE PLANILLA: N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: junio	PERIODO COTIZACIÓN MES: junio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD: AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:	7	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/07/25	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1652384568
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	7974798330	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA: 2025/07/11

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	\$ 16.900
<b>SUBTOTAL:</b>			<b>1</b>	<b>\$ 16.900</b>
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600669427	EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	\$ 13.300
<b>SUBTOTAL:</b>			<b>1</b>	<b>\$ 13.300</b>
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600073361	CCF22	CCF22-COLSUBSÍDIO	1	\$ 800
<b>SUBTOTAL:</b>			<b>1</b>	<b>\$ 800</b>
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	\$ 2.700
<b>SUBTOTAL:</b>			<b>1</b>	<b>\$ 2.700</b>

<b>VALOR SIN MORA:</b>	<b>\$ 33.300</b>
<b>VALOR MORA:</b>	<b>\$ 400</b>
<b>TOTAL PAGADO:</b>	<b>\$ 33.700</b>