| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | | | |
|---|---|---|---|
| **CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA** | Versión | 3 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
| | Fecha de aprobación | 2/15/2018 | |
| | Código: | 04-02-FO-0002 | |

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | ROMULO FIERRO PIEDRAHITA | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 7686533 | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | kaayro11@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3142703034 | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | C. EXT MEDICINA INTERNA USS HOSPITAL BOSA | | | | SEDE: | SUBRED | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | | | | | |
| | BO37A11 | 80 | KE10A11 | 20 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 84939146317 | | | | | | PENSIONADO | NO | |

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 690 | | | VIGENCIA | 2025 | | |
| NÚMERO DE CDP | 1638 | FECHA | 2025-08-14 16:23:59.000 | NÚMERO DE CRP | 34614 | FECHA | 2025-08-15 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | MEDICO ESPECIALISTA- INTERNISTA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2025-08-01 | | 2025-08-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $22,893,782 | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | | RESERVA DE GLOSA 0% | | N/A | | |

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

| CONCEPTO | VALORES |
|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $196,346,753 |
| VALOR EJECUTADO | $166,836,233 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $22,893,782 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $29,510,520 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 85% |

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

| Número de Planilla | IBC DE COTIZACION | APORTE A SALUD 12.5% IBC | APORTE PENSION 16% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 89064003 | $9,878,597 | $1,234,825 | $1,580,575 | 3 | $240,643 | $3,056,043 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Agosto de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

MICHAEL DAVID GOMEZ REYES
1012392576
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada Subred Suroccidente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

| OBLIGACIÓN | ACTIVIDADES | PRODUCTOS |
|---|---|---|
| 1. Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad. | Realizó atención a lo pacientes en consulta externa con registro en DINAMICA | Se evidencia como registro en historia clinica DINAMICA |
| 2) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes. | Cumplo con las exigencias legales en el uso adecuado de la informacion de los usuarios en la historia clinica | se realizo atención a lo pacientes en consulta externa con registro en DINAMICA |
| 3) Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación. | llevo regsitro de las actividades realizadas en las consultas cumpliendo os procesos de costos y facturacion de la entidad | Se evidencia como registro en historia clinica DINAMICA |
| 4) Participar en la programación de actividades del área. | Se participar en la programación de actividades del área | Se participar en la programación de actividades segun programacion |
| 5) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente | Notifico las fallas que evidencie en el momento de prestar el servcio, participo en los analisis que me sean convocados por al entidad | Aplicatico mesa de ayuda asistencia a reuniones |
| 6) Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. | Se hace entrega del paciente a la auxiliar de programa según diagnistico del mismo | Seguimiento de porgrama regsitro en historia clinica de dinamica |
| 7) Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente | Diligencio de forma adecuado los formatos de la historia clinica me guio de los protocolos y guias e la institucion para la adecuada prestacion del servicio | Registro Historia clinica DINAMICA |
| 8) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. | Se informa al paciente y o familiar sobre porcedimiento a realizar durante la consulta | Firma de consentimiento informado entregado en archivo |
| 9) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento. | Se practica el seguimiento al suuario entregado al auxiliar del porgrama para su controlInformo al paciente y familiar durante la consulta de su estado de salud,tratamiento y plan a seguir para su mejoria | Se evidencia como registro en historia clinica DINAMICA |
| 10) Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación. | me guio de los protocolos y guias e la institucion para la adecuada prestacion del servicio | Registro Historia clinica DINAMICA |
| 11) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención | Se Apoya en el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. | Se evidencia como registro en historia clinica DINAMICA |
| 12) Emitir conceptos médicos que se le requieran. | Estar atento a los indicadores de cumplimientos presentados por medio de socializaciones, NSC y conversatorios | Informes mensuales e informe de Productividad. |
| 13) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. | Velo y respondo por los recursos dados por la institucion garantizando su buen funcionamiento | Acta de entrega y firma diaria de supervision |
| 14) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato. | asisto a reuniones y actividades programada | Acta y listado de asistencia a reuniones |
| 15) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. | Conozco y doy cumpliento a los procedimientos que esyablecve la entidad para la prestacion dels ervcio | Se registra en la historia clincia de cada pacinete según la guia |
| 16) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | Asisto y participo activamente en los procesos de actualizacion y fortalecimiento de competencias y a reunioes a que haya lugar, relacionadas con las actividades o proyectos que se ejecuten | Historia clinica, cadena de custodia, Libro de entrega de Historias clinicas |
| 17) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | se realizo atención a lo pacientes en consulta externa con registro en DINAMICA | Historia clinica DINAMICA |
| 18) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales. | Asisto y participo activamente en los procesos que me sean solicitados según la necesidad de la entidad | Acta y listado de asistencia a reuniones |
| 19) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred. | Estar presto ante la necesidad de la unidad en el momento que se requiere apoyo de acuerdo al perfil contratado | Notficacion al lider inmediato en caso de uan eventualidad |
| 20) Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios | Realizo pago mensual de los aportes requeridos, adjuntando planilla de pago como soporte ante el aplicativo. | Registro en aplicativo SURESOC |
| . 21) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado. | Estar presto a las necesidad de la undiad y lo que me designe el lider inmediat | Registrar evidencia en dinamica de las consultas realizadas |

Copia Certificada
Subred Suroccidente

| | | |
|---|---|---|
| 22) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | Realizo pago mensual de los aportes requeridos, adjuntando planilla de pago como soporte ante el aplicativo. | Registro en aplicativo SURESOC |
| 23) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato | Estar presto a las necesidad de la undiad y lo que me designe el lider inmediat | Registrar evidencia en dinamica de las consultas realizadas |

MICHAEL DAVID GOMEZ REYES
1012392576
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada
Subred Suroccidente

# FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

## Representación Gráfica

### Datos del Documento

**Código Único de Factura - CUFE :**
49c122f646d203ad85d3dfba90d7680afb018d408a8b8dd72a0eef6bd897b87c26da65a51f0c4e5e2ef022a4e6dce956

**Número de Factura:** RP-18
**Fecha de Emisión:** 19/08/2025
**Fecha de Vencimiento:** 19/08/2025
**Tipo de Operación:** 10 - Estándar
**Forma de pago:** Contado
**Medio de Pago:** Concentración Efectivo / Desembolso Débito plus (CCD+)
**Orden de pedido:**
**Fecha de orden de pedido:**

### Datos del Emisor / Vendedor

**Razón Social:** FIERRO PIEDRAHITA ROMULO
**Nombre Comercial:** FIERRO PIEDRAHITA ROMULO
**Nit del Emisor:** 7686533
**Tipo de Contribuyente:** Persona Natural
**Régimen Fiscal:** R-99-PN
**Responsabilidad tributaria:** ZZ - No aplica
**Actividad Económica:** 8621
**País:** Colombia
**Departamento:** Meta
**Municipio / Ciudad:** Villavicencio
**Dirección:** CR 43 15 104 MZ 3 CA 2 BRR EL BUQUE
**Teléfono / Móvil:** 3142703034
**Correo:** kaayro11@hotmail.com

### Datos del Adquiriente / Comprador

**Nombre o Razón Social:** SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
**Tipo de Documento:** NIT
**Número Documento:** 900959048
**Tipo de Contribuyente:** Persona Jurídica
**Régimen fiscal:** R-99-PN
**Responsabilidad tributaria:** ZZ - No aplica
**País:** Colombia
**Departamento:** Bogotá
**Municipio / Ciudad:** Bogotá, D.c.
**Dirección:** Calle 9 39 46
**Teléfono / Móvil:** 0000000
**Correo:** facproveedores@subredsuroccidente.gov.co

### Detalles de Productos

| Nro. | Código | Descripción | U/M | Cantidad | Precio unitario | Descuento detalle | Recargo detalle | IMPUESTOS | | | | Precio unitario de venta |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | IVA | % | INC | % | |
| 1 | 001 | PRESTACION DE SERVICIOS COMO MEDICO ESPECIALISTA INTERNISTA | NIU | 1,00 | $ 22.893.782,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | | | | | $ 22.893.782,00 |

### Notas Finales

Linea de negocio:

## Datos Totales



**Documento generado el:**
19/08/2025 09:31:21
**Documento validado por la DIAN:**
19/08/2025 09:31:22
**XML Generado por: Solución Gratuita DIAN**
800197268
**PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN**
**Nit:800197268**

| | |
|---|---|
| MONEDA | COP |
| TASA DE CAMBIO | 0 |

| | | |
|---|---|---|
| **Subtotal** | | 22893782 |
| Descuento detalle | | 0,00 |
| Recargo detalle | | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | | 22893782 |
| IVA | | 0,00 |
| INC | | 0,00 |
| Bolsas | | 0,00 |
| Otros impuestos | | 0 |
| **Total impuesto (=)** | | 0 |
| **Total neto factura (=)** | | 22893782 |
| Descuento Global (-) | | 0,00 |
| Recargo Global (+) | | 0,00 |
| **Total factura (=)** | **COP $** | $ 22893782 |

**Valores informativos**

| | |
|---|---|
| **ANTICIPOS** | |
| Anticipos | 0 |

| | |
|---|---|
| **RETENCIONES** | |
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA | 0,00 |
| Rete ICA | 0,00 |

| | |
|---|---|
| MONEDA | COP |
| TASA DE CAMBIO | |

| | | |
|---|---|---|
| **Subtotal** | | 22.893.782,00 |
| Descuento detalle | | 0,00 |
| Recargo detalle | | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | | 22.893.782,00 |
| IVA | | 0,00 |
| INC | | 0,00 |
| Bolsas | | 0,00 |
| Otros impuestos | | 0,00 |
| **Total impuesto (=)** | | 0,00 |
| **Total neto factura (=)** | | 22.893.782,00 |
| Descuento Global (-) | | 0,00 |
| Recargo Global (+) | | 0,00 |
| **Total factura (=)** | **COP $** | $ 22.893.782,00 |

**Valores informativos**

| | |
|---|---|
| **ANTICIPOS** | |
| Anticipos | 0,00 |

| | |
|---|---|
| **RETENCIONES** | |
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA | 0,00 |
| Rete ICA | 0,00 |

Numero de Autorización: 18764096270787 Rango desde: 18 Rango hasta: 1000 Vigencia: 2027-07-29

Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente







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

## Datos guardados

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?** ○ Sí ◉ No

| Id 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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | FEBRERO 2025 ROMULO FIERRO.pdf | FEBRERO 2025 ROMULO FIERRO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | MARZO 2025 ROMULO FIERRO.pdf | MARZO 2025 ROMULO FIERRO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | febrero.zip (Archivado) | febrero.zip | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | ABRIL 2025 ROMULO FIERRO.pdf | ABRIL 2025 ROMULO FIERRO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | MAYO 2025 ROMULO FIERRO.pdf | MAYO 2025 ROMULO FIERRO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | Ejecucion JUNIO.pdf | Ejecucion JUNIO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | JULIO 2025 ROMULO FIERRO.pdf | JULIO 2025 ROMULO FIERRO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia) **018000-52-0808** www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

## Datos guardados

Instituto Nacional de Cancerología
Colombia
Por el control del cáncer

***Hace constar que:***

# ROMULO FIERRO

realizó el Curso Virtual de

## Detección temprana de cáncer de mama

***Con intensidad de 50 horas***

La presente constancia no acredita, ni otorga título académico ni profesional alguno.

Como constancia se firma en la ciudad de Bogotá D.C. el 15 de Agosto de 2025

MgdhZFK4Bn

**Dra. Carolina Wiesner Ceballos**
Directora General
Instituto Nacional de Cancerología

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 7686533 | ROMULO FIERRO PIEDRAHITA | CALLE 47b sur # 23 a 70 | 3142703034 | kaayro11@hotmail.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 | CANTIDAD UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-07 | 2025-07 | I | 20/08/2025 | 89064003 | $3.173.200 | |

## 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 | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 1.234.900 | 0 | | 0 | | 0 | 9 | 7.100 | 0 | 1.242.000 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 1.580.600 | 0 | 0 | 49.400 | 49.400 | 9 | 9.100 | 600 | 1.689.100 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 240.700 | | | | 240.700 | 9 | 1.400 | 242.100 | | | 2.407 | 242.100 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 9 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 9 | 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 | 1.234.900 | 1.242.000 |
| Pensión | 1 | 1.679.400 | 1.689.100 |
| Riesgos Laborales | 1 | 240.700 | 242.100 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 3.155.000 | 3.173.200 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 7686533 | ROMULO FIERRO PIEDRAHITA | | CALLE 47b sur # 23 a 70 | 3142703034 | kaayro11@hotmail.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 | |
| 2025-07 | 2025-07 | I | 20/08/2025 | 89064003 | $3.173.200 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Estornado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario 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 | 7686533 | FIERRO PIEDRAHITA ROMULO | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 9.878.596 | 1.580.600 | 0 | 0 | 49.400 | 49.400 | EPS005 | 9.878.596 | 1.234.900 | 14-11 | 9.878.596 | 3 | 240.700 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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