

 Ministerio de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		CÓDIGO: AP-CT-F-16-05 VERSIÓN: 5																																																									
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.		PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 16/02/2018																																																									
	INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA																																																											
NOMBRE DEL CONTRATISTA: BELLO GARCIA JOLY VICTORIA 419335																																																												
TIPO DE DOCUMENTO: Cedula No. 1012357500																																																												
CORREO: JOLY.BELLO@HOTMAIL.COM CELULAR 3202347913																																																												
PROCESO: Ambulatorios																																																												
SERVICIO: Ambulatorios UNIDAD: Chapinero																																																												
<table border="1"> <tr> <th>CENTRO DE COSTOS</th> <th>Centro de costo</th> <th>%</th> <th>Centro de costo</th> <th>%</th> <th>Centro de costo</th> <th>%</th> <th>Centro de costo</th> <th>%</th> <th>Centro de costo</th> <th>%</th> <th>Centro de costo</th> <th>%</th> </tr> <tr> <td>A00</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	A00																																										
CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%																																																
A00																																																												
BANCO 28 TIPO CUENTA SIN CUENTA																																																												
NUMERO CUENTA BANCARIA 0																																																												
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS																																																												
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 4054-2025 N° DE PAGOS DEL CONTRATO																																																												
<table border="1"> <tr> <td>NÚMERO DE CDP: 1</td> <td>582</td> <td>FECHA</td> <td>08/04/2025</td> <td>NÚMERO DE CRP: 1</td> <td>20599</td> <td>FECHA</td> <td>16/04/2025</td> </tr> <tr> <td>NÚMERO DE CDP: 2</td> <td>1000</td> <td>FECHA</td> <td>21/07/2025</td> <td>NÚMERO DE CRP: 2</td> <td>36292</td> <td>FECHA</td> <td>31/07/2025</td> </tr> <tr> <td>NÚMERO DE CDP: 3</td> <td>1166</td> <td>FECHA</td> <td>26/08/2025</td> <td>NÚMERO DE CRP: 3</td> <td>40225</td> <td>FECHA</td> <td>31/08/2025</td> </tr> <tr> <td>NÚMERO DE CDP: 4</td> <td>1323</td> <td>FECHA</td> <td>19/09/2025</td> <td>NÚMERO DE CRP: 4</td> <td>44382</td> <td>FECHA</td> <td>29/09/2025</td> </tr> <tr> <td>NÚMERO DE CDP: 5</td> <td>1467</td> <td>FECHA</td> <td>22/10/2025</td> <td>NÚMERO DE CRP: 5</td> <td>51241</td> <td>FECHA</td> <td>30/10/2025</td> </tr> <tr> <td>NÚMERO DE CDP: 6</td> <td>1716</td> <td>FECHA</td> <td>27/11/2025</td> <td>NÚMERO DE CRP: 6</td> <td>56259</td> <td>FECHA</td> <td>30/11/2025</td> </tr> <tr> <td>NÚMERO DE CDP: 7</td> <td>1807</td> <td>FECHA</td> <td>19/12/2025</td> <td>NÚMERO DE CRP: 7</td> <td>59883</td> <td>FECHA</td> <td>19/12/2025</td> </tr> </table>					NÚMERO DE CDP: 1	582	FECHA	08/04/2025	NÚMERO DE CRP: 1	20599	FECHA	16/04/2025	NÚMERO DE CDP: 2	1000	FECHA	21/07/2025	NÚMERO DE CRP: 2	36292	FECHA	31/07/2025	NÚMERO DE CDP: 3	1166	FECHA	26/08/2025	NÚMERO DE CRP: 3	40225	FECHA	31/08/2025	NÚMERO DE CDP: 4	1323	FECHA	19/09/2025	NÚMERO DE CRP: 4	44382	FECHA	29/09/2025	NÚMERO DE CDP: 5	1467	FECHA	22/10/2025	NÚMERO DE CRP: 5	51241	FECHA	30/10/2025	NÚMERO DE CDP: 6	1716	FECHA	27/11/2025	NÚMERO DE CRP: 6	56259	FECHA	30/11/2025	NÚMERO DE CDP: 7	1807	FECHA	19/12/2025	NÚMERO DE CRP: 7	59883	FECHA	19/12/2025
NÚMERO DE CDP: 1	582	FECHA	08/04/2025	NÚMERO DE CRP: 1	20599	FECHA	16/04/2025																																																					
NÚMERO DE CDP: 2	1000	FECHA	21/07/2025	NÚMERO DE CRP: 2	36292	FECHA	31/07/2025																																																					
NÚMERO DE CDP: 3	1166	FECHA	26/08/2025	NÚMERO DE CRP: 3	40225	FECHA	31/08/2025																																																					
NÚMERO DE CDP: 4	1323	FECHA	19/09/2025	NÚMERO DE CRP: 4	44382	FECHA	29/09/2025																																																					
NÚMERO DE CDP: 5	1467	FECHA	22/10/2025	NÚMERO DE CRP: 5	51241	FECHA	30/10/2025																																																					
NÚMERO DE CDP: 6	1716	FECHA	27/11/2025	NÚMERO DE CRP: 6	56259	FECHA	30/11/2025																																																					
NÚMERO DE CDP: 7	1807	FECHA	19/12/2025	NÚMERO DE CRP: 7	59883	FECHA	19/12/2025																																																					
OBJETO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA																																																												
<table border="1"> <tr> <th>PERIODO CERTIFICADO</th> <th>DESDE</th> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> <th>HASTA</th> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>01</td> <td>12</td> <td>2025</td> <td></td> <td>31</td> <td>12</td> <td>2025</td> </tr> </table>					PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			01	12	2025		31	12	2025																																						
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO																																																				
		01	12	2025		31	12	2025																																																				
TIPO SERVICIOS Asistencial RESERVA DE GLOSA 2% 0																																																												
VALOR MES 2,031,492 VALOR LETRAS																																																												
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 EJECUCION DEL CONTRATO																																																												
<table border="1"> <tr> <th>CONCEPTO</th> <th>VALORES</th> </tr> <tr> <td>VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:</td> <td>17,071,086</td> </tr> <tr> <td>VALOR EJECUTADO:</td> <td>17,071,086</td> </tr> <tr> <td>VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:</td> <td>2,031,492</td> </tr> <tr> <td>TOTAL HORAS CONTRATADAS:</td> <td>186</td> </tr> <tr> <td>TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:</td> <td>186</td> </tr> <tr> <td>VALOR A LIBERAR:</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>SALDO POR EJECUTAR:</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:</td> <td>100.00 %</td> </tr> </table>					CONCEPTO	VALORES	VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	17,071,086	VALOR EJECUTADO:	17,071,086	VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,031,492	TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186	TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	186	VALOR A LIBERAR:	0	SALDO POR EJECUTAR:	0	PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	100.00 %																																						
CONCEPTO	VALORES																																																											
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	17,071,086																																																											
VALOR EJECUTADO:	17,071,086																																																											
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,031,492																																																											
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186																																																											
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	186																																																											
VALOR A LIBERAR:	0																																																											
SALDO POR EJECUTAR:	0																																																											
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	100.00 %																																																											
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 \$2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.																																																												
<table border="1"> <tr> <th>PLANILLA</th> <th>VALOR EPS</th> <th>VALOR AFP</th> <th>RIES</th> <th>VALOR ARL</th> <th>VALOR CAJA</th> <th>TOTAL PLANILLA</th> </tr> <tr> <td>91582076</td> <td>178,000</td> <td>227,800</td> <td>3</td> <td>34,700</td> <td>0</td> <td>440,500</td> </tr> <tr> <td></td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td></td> </tr> </table>					PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA	91582076	178,000	227,800	3	34,700	0	440,500		0	0	0	0	0																																				
PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA																																																						
91582076	178,000	227,800	3	34,700	0	440,500																																																						
	0	0	0	0	0																																																							
El supervisor del contrato hace constar que los datos e informe de actividades registrados en esta certificación se revisaron y son veraces.																																																												

Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Nathaly Puerto Parilla

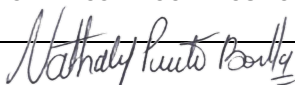
PUERTO LONILLA NATHALY
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Joly victoria Bello

BELLO GARCIA JOLY VICTORIA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Nota: En el evento de ausencia del supervisor principal, se adjunta documento mediante el cual se avala que esta certificación sea firmada por supervisor encargado.

	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		CÓDIGO: AP-CT-F-50					
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN CONTRACTUAL		VERSIÓN: 4					
			PÁGINA : 1 DE 1					
		FECHA: 07/11/2024						
ÁREA Y/O SERVICIO: AMBULATORIA CONSULTA EXTERNA ENFERMERÍA						UNIDAD:		
No. DE CONTRATO: 4054-2025		PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: NATHALY PUERTO BONILLA			1	12	2025	31	12	2025
NOMBRE DEL CONTRATISTA: JOLY VICTORIA BELLO GARCIA		DOCUMENTO: 1012357500						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como AUXILIAR DE ENFERMERIA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E., de acuerdo a las necesidades de la institución								
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%								
OBLIGACIONES ESPECIFICAS		ACTIVIDADES REALIZADAS						
1. Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema único de Habilitación, Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.		1. Apoyo activamente el funcionamiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad al integrar sus componentes en mis tareas diarias, participar en la implementación del Sistema Único de Habilitación, colaborar en procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad y contribuir al Sistema Único de Acreditación.						
2.Desarrollar las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.		2.Participacion de actividades de capacitación, visitas de ARL,diligenciamiento adecuado de formatos y atención al paciente de manera respetuosa.						
3. Prestar servicio como auxiliar de enfermería en el área de vacunación según demanda en la sede.		3. Se realiza la valoración previa al paciente para identificar posibles contraindicaciones, preparar y administrar las vacunas según los protocolos establecidos, y registrar detalladamente el procedimiento en los sistemas de información.						
4. Realizar informe mensual y entregar en los tiempos estipulados al centro de acopio de la Subred Norte.		4.Se realizó la recopilación mensual de datos de las actividades. Organicé y analicé la información obtenida para generar el informe detallado entregado al centro de acopio de la Subred Norte dentro del plazo establecido.						
5. Realizar reporte semanal de biológicos próximos a vencer de manera oportuna y en los tiempos establecidos.		5. Se realiza el reporte semanal de biológicos próximos a vencer, identificar los lotes con fecha de caducidad cercana, verificar las cantidades disponibles de cada biológico y elaborar un informe detallado para su oportuna gestión.						
6. Realizar seguimiento a la cohorte asignada de acuerdo al centro de salud donde preste el servicio en los tiempos establecidos por la Subred Norte		6. Se identifica y contacta a los pacientes asignados a la cohorte en el centro de salud y se realiza las actividades de seguimiento especificadas dentro de los plazos establecidos y se registra la información de las actividades de seguimiento en los sistemas definidos.						
7. Realizar seguimiento a las bases de datos asignadas por PAI para el cumplimiento de metas.		7. Se realiza el seguimiento de las bases de datos asignadas por PAI para el cumplimiento de metas, se analiza los datos para identificar posibles obstáculos, y generar informes para comunicar el progreso.						
8. Asegurar el cuidado y el inventario de los equipos que le sean asignados para la prestación de los servicios.		8.Asegurar el cuidado y la protección activa de los equipos contra daños y pérdidas. Garantizo la disponibilidad y correcto funcionamiento de los equipos para los servicios.						
9. Realizar pedido de biológicos y garantizar el stock suficiente de acuerdo a la rotación de los mismos en la sede asignada		9. Se realiza el pedido de biológicos se monitorea continuamente los niveles de stock y se analiza la demanda para evitar el desabastecimiento o el exceso de inventario y se ejecutar el proceso de pedido y recepción de los biológicos, asegurando su correcta conservación y registro en el sistema.						
10. Asistir a los comités de PAI convocados, informando de manera oportuna los cambios que esto genere para la prestación del servicio de vacunación.		10. Asistí puntualmente a cada comité del PAI convocado. En cada reunión, informé detalladamente sobre cualquier modificación que impactara directamente la forma en que se ofrece el servicio de vacunación.						
11. Participar activamente en la prestación de servicios a la población asignada en cada unidad, de acuerdo al Modelo de Atención en Salud		11. Se participar activamente con el equipo de salud en la planificación y ejecución de las actividades definidas en el Modelo de Atención, se mantiene una comunicación efectiva con los usuarios para la la identificación de sus necesidades						
12. Promocionar la demanda inducida a los diferentes servicios ofertados por la Subred Norte.		12. Se realiza acciones de información, educación y comunicación de los diferentes servicios y facilitar el acceso a ellos.						

13. Realizar aseo, limpieza y desinfección (de acuerdo al manual de bioseguridad) de los equipos y superficies que se encuentran en el servicio de consulta externa.	13. Se realiza limpieza y desinfección para remover la suciedad visible de equipos y superficies utilizando productos específicos según el manual de bioseguridad para eliminar microorganismos.
14. Realizar registros, seguimiento (llamadas a los usuarios), actualización y control de las bases de datos según ruta de atención y entrega de informes según necesidad del servicio.	14. Realizo registros precisos en las bases de datos. Mantengo un seguimiento activo de los usuarios mediante llamadas. Actualizo y controlo la información, generando informes cuando el servicio lo requiere.
15. Realizar procedimientos acordes al perfil auxiliar de enfermería que le sean asignados	15. Brindo apoyo y educación básica al paciente y sus familiares, asegurando un flujo eficiente en la atención. Mantengo la limpieza y el orden de los espacios de consulta y los equipos, contribuyendo a un ambiente seguro y organizado.
16. Garantizar en la unidad a cargo, stock de insumos incluyendo roturación, verificar fechas de vencimiento, controles de temperatura y humedad (registro), control del inventario.	16. Aseguro el abastecimiento constante de insumos, incluyendo la correcta rotulación, y verifico rigurosamente las fechas de caducidad para prevenir cualquier inconveniente, se mantiene un control las condiciones ambientales mediante el registro de temperatura y humedad, gestiono el inventario de forma precisa para optimizar los recursos disponibles.
17. Adherencia a los procesos establecidos por la Subred Norte (guías, manuales, protocolos, instructivos y demás).	17. Revisión y comprensión de las guías, manuales, protocolos e instructivos. Se lleva a cabo la aplicación práctica de estos lineamientos en las labores diarias.
18. Adherencia a los procesos de habilitación y acreditación promovidos por la Subred.	18. Participó activamente en las actividades de evaluación y seguimiento de los procesos prioritarios definidos por la Subred.
19. Reporte obligatorio de eventos de importancia en Salud Pública, de acuerdo al Decreto No. 3518/2006 y según protocolos de vigilancia epidemiológica establecidos por el Instituto Nacional de Salud.	16. Se realiza identificación y notificación oportuna de los eventos definidos por el Instituto Nacional de Salud en los protocolos de vigilancia, se lleva a cabo la recolección y análisis de la información detallada según los lineamientos establecidos en dichos protocolos.
20. Notificar de manera adecuada y oportuna incidentes, eventos adversos y complicaciones presentadas (acorde al manual de seguridad del paciente).	20. Se realiza la detección y el registro detallado del incidente, evento adverso o complicación, asegurando la documentación precisa de lo sucedido según el manual, se realiza la comunicación inmediata a las instancias correspondientes dentro de los plazos establecidos.
21. Participar en las actividades programadas por la Subred, capacitaciones presenciales o virtuales con el fin de mejorar la prestación de los servicios a los usuarios	21. Participo activamente en las capacitaciones programadas, tanto presenciales como virtuales para mejorar la calidad de los servicios, la atención y satisfacción de los usuarios.
22. En caso de ser parte de un Convenio Interadministrativo suscrito por la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, realizar las actividades que le sean asignadas.	22. Participó activamente en las tareas que me fueron asignadas en el marco del Convenio Interadministrativo suscrito por la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E
23. Brindar Trato humano, ético y cálido al cliente Interno y Externo de la Institución..	23. Escucho activamente y con empatía las necesidades de cada persona, respondiendo con calidez, respeto y honestidad a sus inquietudes, donde la dignidad de cada individuo es valorada y protegida.
OBSERVACIONES:	
TOTAL A PAGAR (Número y letras): (2.031.492 PESOS M/CTE) .DOS MILLONES TREINTA Y UN MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS M/CTE	
 JOLY VICTORIA BELLO GARCIA CC: 1012357500	 Fecha : 31 / 12 / 2025 Firma de recibido supervisor: NATHALY PUERTO BONILLA
Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.	



DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1012357500	JOLY VICTORIA BELLO GARCIA		CRA 80 J 42 29 SUR	3202347913	Joly.bello@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-12	2025-12	I	02/01/2026	614917	\$440.500
TOTAL A PAGAR					

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	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	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	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	440.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1012357500	JOLY VICTORIA BELLO GARCIA		CRA 80 J 42 29 SUR	3202347913	Joly.bello@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-12	2025-12	I	02/01/2026	614917	\$440.500
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES										
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari 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	1012357500	BELLO GARCIA JOLY VICTORIA	59	0		N	X	X																230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0	

PAGADA