| 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: | MARCELA EUGENIA SAENZ ALPIZAR | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 700519594 | |
| CORREO ELECTRONICO: | saenzmaxilofacial@gmail.com | | | | CELULAR: | 3117717840 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | S ORAL CONSULTA MAXILOFACIAL USS 29 KENNEDY | | | | SEDE: | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | SU43E07 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DE BOGOTA | | | TIPO DE CUENTA: | | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 3297215 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 1475 | | | VIGENCIA | | 2026 | |
| NÚMERO DE CDP | 1079 | FECHA | 2026-05-11 14:52:58.000 | NÚMERO DE CRP | 21764 | FECHA | 2026-05-31 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | ODONTOLOGO ESPECIALISTA- CIRUJANO MAXILOFACIAL | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | 2026-06-01 | | | 2026-06-30 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $8,115,552 | | | | | | |
| 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: | $48,693,312 |
| VALOR EJECUTADO | $40,577,760 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $8,115,552 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $8,115,552 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 83% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 90661523 | $3,246,221 | $405,778 | $519,395 | 3 | $79,078 | $1,004,251 |

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

LADY HICEL MORENO ORTEGON
1013607929
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 |
|---|---|---|
| Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad | Intervenir en la realización del estudio de tomografía simple y contrastada durante su jornada laboral, realizando los estudios especiales de los pacientes de los serviciso de urgencias, hospitalizados y pacientes ambulatorios convencionales y especializadas. | Registrar en la plataforma Dinámica los informes de los estudios efectuados. cubriendo en extensión el servicio según programación mensual, utilizando protocolo de informe, durante el mes |
| Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes | Mantener la confidencialidad de los consignado en las historias clínicas de los pacientes y en los informes realizados e interpretados. | Registrar en la plataforma Dinámica los informes de los estudios de imágenes diagnosticas efectuados. cubriendo en extensión el servicio según programación mensual, utilizando protocolo de informe radiológico, durante el mes |
| 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 | Llevar diariamente el registro de los procedimientos y estudios realizados en los RIPS | Registrar en el sistema de la institución los reportes de las lecturas de las intervenciones y estudios realizados (RIPS) del mes |
| Participar en la programación de actividades del área. | Participación de reuniones, capacitaciones físicas y virtuales a las que sea solicitado | Firma de asistencia y certificados de capacitación virtual del mes |
| Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente | Reportar en el aplicativo Almera (sucesos de Seguridad del paciente) cuando ocurran | Reportar oportuno suceso de seguridad en el mes |
| 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 | Notificación de la verificación de equipos biomédicos solicitar revisión y/o cambios de equipos y accesorios, mantenimiento, notificando las fallas de calidad que se presenten en el servicio cuando ocurran | Reporte oportuno en el aplicativo ( Mesa de ayuda) mes |
| Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente | Dar instrucciones a su equipo de trabajo, antes, durante y después de la realización de la atencion y de los estudios realizados al paciente. | Socialización al grupo de trabajo sobre los procedimientos y actualización en técnicas de trabajo y atención de pacientes para el mes |
| Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. | Diligenciar los formatos adecuadamente con los pacientes y/o familiares, en historia clínica, dado como el propio de su especialidad con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad acorde al procedimiento | Diligenciar los formatos adecuadamente con los pacientes y/o familiares, en historia clínica, dado como el propio de su especialidad con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad acorde al procedimiento |
| Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento | Diligenciar los formatos adecuadamente con los pacientes y/o familiares, en historia clínica, dado como el propio de su especialidad con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad acorde al procedimiento | Diligenciar y aprobar y firmar el consentimiento informado para el mes |
| Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación | Realizar los estudios especiales que se utilicen, llamando al paciente para su atención y verificando su estado de salud, evaluando lo pertinente y conceptuando si es apto para efectuar los estudios, evaluando los riesgos de reacciones adversas al medio de contrate; una vez realizada esta labor, autorizar con su firma y sello la realización del examen solicitado por el medico tratante (consentimiento informado) | Diligenciar y aprobar y firmar el consentimiento informado para el mes |
| Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención | Mantener informado constantemente al paciente y su familia los procedimientos a realizar y el manejo que debe darse | Informar al paciente su condicion medica y los procedimientos a realizar y socializarle tambien a su familia |
| Emitir conceptos médicos que se le requieran | Emitir conceptos antes y despues de verificar su condicion medica de acuerdo a la especialidad | Reportar la emision del concepto medico en el momento que se requiera |
| Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred | Ser garante del cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantia de la calidad en los procedimientos prestados | Cumplir con las normas en calidad con los procedimientos prestados |
| Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato | Elaborar el informe de actividades mensualmente para la verificacion del cumplimiento del contrato | Cumplir con el informe de actividades mensual |
| Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato | Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades | Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades |

Copia Certificada Subred Sur Occidente

| | | |
|---|---|---|
| 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 | Participar en las jornadas de capacitacion, induccion y reuniones para el mejoramiento de acreditacion | Participar en las jornadas de capacitacion, induccion y reuniones para el mejoramiento de acreditacion |
| Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | Dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la subred | Dar cumplimiento y apoyar la implementacion de los procedimientos establecidos para la sub red |
| Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales | No aplica | No aplica |
| Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred | Registrar de forma adecuada las actividades relacionadas con la prestacion del servicio | Dar cumplimiento del registro de las actividades relacionadas con la prestacion del servicio en el mes |
| Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios | No aplica | No aplica |
| Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado | Dar cumplimiento si se requiere la supervicion | No aplica |
| Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | Entregar la planilla de pago debidamente cancelada | Entregar la planilla de pago debidamente cancelada en le mes que se requiera |
| Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato | Estar pendiente y de comun acuerdo de las nuevas actividades a realizar si se requieren | Ejecutarlas de comun acuerdo con el supervisor |

LADY HICEL MORENO ORTEGON
1013607929
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 :**
56f3b4e59e9e6390b86537b794ce7c881921a8837f395b9d9a25f0b064ebc1eee2eaf8bb0d69c16fc6ac666278baeefd

**Número de Factura:** MSA-10
**Fecha de Emisión:** 24/06/2026
**Fecha de Vencimiento:** 24/07/2026
**Tipo de Operación:** 10 - Estándar

**Forma de pago:** Crédito
**Medio de Pago:** Transferecia Crédito
**Orden de pedido:**
**Fecha de orden de pedido:**

### Datos del Emisor / Vendedor

**Razón Social:** SAENZ ALPIZAR MARCELA EUGENIA
**Nombre Comercial:** SAENZ ALPIZAR MARCELA EUGENIA
**Nit del Emisor:** 700519594
**Tipo de Contribuyente:** Persona Natural
**Régimen Fiscal:**O-47
**Responsabilidad tributaria:** ZZ - No aplica
**Actividad Económica:** 8621

**País:** Colombia
**Departamento:** Bogotá
**Municipio / Ciudad:** Bogotá, D.c.
**Dirección:** CR 7 33 91 BRR SANTA FE
**Teléfono / Móvil:** 3117717840
**Correo:** saenzmaxilofacial@gmail.com

### Datos del Adquiriente / Comprador

**Nombre o Razón Social:** SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE ESE
**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:** CL 9 39 46
**Teléfono / Móvil:** 6013849160
**Correo:** saenzmaxilofacial@gmail.com

### Detalles de Productos

| | | | | | | | | IMPUESTOS | | | | Precio unitario de venta |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nro. | Código | Descripción | U/M | Cantidad | Precio unitario | Descuento detalle | Recargo detalle | IVA | % | INC | % | |
| 1 | 1 | HONORARIOS COMO ESPECIALISTA EN CIRUGIA MAXILOFACIAL | LUN | 93,00 | $ 87.264,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | | | | | $ 8.115.552,00 |

### Notas Finales

HONORARIOS COMO ESPECIALISTA EN CIRUGIA MAXILOFACIAL EN JUNIO DE 2026
Linea de negocio: HONORARIOS PERTENEZCO AL REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION

## Datos Totales



**Documento generado el:**
24/06/2026 14:28:07
**Documento validado por la DIAN:**
24/06/2026 14:28:08
**XML Generado por: Solución Gratuita DIAN**
800197268
**PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN**
**Nit:800197268**

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

| | |
|---|---|
| **Subtotal** | 8115552 |
| Descuento detalle | 0,00 |
| Recargo detalle | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | 8115552 |
| IVA | 0,00 |
| INC | 0,00 |
| Bolsas | 0,00 |
| Otros impuestos | 0 |
| **Total impuesto (=)** | 0 |
| **Total neto factura (=)** | 8115552 |
| Descuento Global (-) | 0,00 |
| Recargo Global (+) | 0,00 |
| **Total factura (=) COP $** | $ 8115552 |

**Valores informativos**

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

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

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

| | |
|---|---|
| **Subtotal** | 8.115.552,00 |
| Descuento detalle | 0,00 |
| Recargo detalle | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | 8.115.552,00 |
| IVA | 0,00 |
| INC | 0,00 |
| Bolsas | 0,00 |
| Otros impuestos | 0,00 |
| **Total impuesto (=)** | 0,00 |
| **Total neto factura (=)** | 8.115.552,00 |
| Descuento Global (-) | 0,00 |
| Recargo Global (+) | 0,00 |
| **Total factura (=) COP $** | $ 8.115.552,00 |

**Valores informativos**

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

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

Numero de Autorización: 18764108874677 Rango desde: 1 Rango hasta: 2000 Vigencia: 2028-04-24

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CE | 930175 | MARCELA EUGENIA SAENZ ALPIZAR | Cra 7 #33-91 | 6013117717 | msaenza7@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) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 90661523 | 09/06/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-05 | 2026-05 | I | $0 | $1.746.800 | |

## 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 | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 705.800 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 705.800 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 903.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 903.400 | 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 | 137.600 | | | | 137.600 | 0 | 0 | 137.600 | | | 1.376 | 137.600 | 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 | 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 | 705.800 | 705.800 |
| Pensión | 1 | 903.400 | 903.400 |
| Riesgos Laborales | 1 | 137.600 | 137.600 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 1.746.800 | 1.746.800 |

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 |
| CE | 930175 | MARCELA EUGENIA SAENZ ALPIZAR | Cra 7 #33-91 | 6013117717 | msaenza7@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) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 90661523 | 09/06/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-05 | 2026-05 | I | $0 | $1.746.800 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | RIESGOS LABORALES | | | | | CCF | | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Excenuado | IND | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Días | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Días | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Días | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Días | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CE 930175 | SAENZ ALPIZAR MARCELA EUGENIA | 57 | 0 | | | N | R | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 5.646.080 | 30 | 903.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 5.646.080 | 30 | 705.800 | 14-11 | 5.646.080 | 30 | 3 | 137.600 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

**Administradora de los Recursos del Sistema**
**General de Seguridad Social en Salud**
**ADRES**

| Tipo Identificación | Numero Identificación | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Ultimo Periodo Compensado | EPS/EOC | Tipo Afiliación |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CE | 930175 | SAENZ | ALPIZAR | MARCELA | EUGENIA | 2026-05 | Compensar | COTIZANTE |

| EPS/EOC | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion* |
|---|---|---|---|---|
| Compensar | 05/2026 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 04/2026 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 03/2026 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 02/2026 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 01/2026 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 12/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 11/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 10/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 09/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 08/2025 | 5 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 02/2024 | 15 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 01/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 12/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 11/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 10/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 09/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 08/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 07/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 06/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 05/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 04/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 03/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 02/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 01/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 12/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 11/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 10/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 09/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 08/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |