Cuenta de cobro 005 - 2021

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

PAULA ANDREA ANGEL CRUZ
C.C. 1.019.113.550 de BOGOTÀ

LA SUMA DE:

TRECIENTOS CICUENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL
($ 354.888)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 5495 de 2020 correspondiente del 1 al 3 de mayo del 2021

OBJETO: prestar servicios de apoyo de acuerdo con su perfil como enfermera profesional para la ejecución de actividades de salud pública de intervención colectivas conforme a las necesidades de la subred integrada de servicios de salud centro oriente e.s.e. con disponibilidad en cumplimiento de la misión y visión de la misma.

Cordialmente,

Paula Angel

NOMBRE PAULA ANDREA ANGEL CRUZ
C.C. 1.019.113.550
Teléfono: 3194143637 Dirección: CL 71B 89 77
No Cuenta 0974084543 ahorros BBVA

Fecha: 31/MAYO/2021

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 02
FECHA: 2020-05-04

I. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 5495 2020	**C.D.P. No.:**	2797	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - ENTORNO HOGAR E INSTITUCIONAL

Nombre del Contratista: PAULA ANDREA ANGEL CRUZ **C.C.** 1.019.113.550 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2020-09-03 **Fecha Terminación incial:** 2020-10-31 **Valor Mensual:** $ 3.627.684 **Valor a cobrar:** $ 354.888

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.405.970	3615	2020-11-01	2020-11-20
2	$ 1.183.582	3782	2020-11-21	2020-11-30
3	$ 1.785.000	3952	2020-12-01	2020-12-15
4	$ 3.570.149	4111	2020-12-16	2021-01-15
5	$ 1.580.076	108	2021-01-16	2021-01-31
6	$ 3.570.149	218	2021-02-01	2021-02-28
7	$ 3.570.149	549	2021-03-01	2021-03-31
8				
9	$ 4.570.153	991	2021-04-01	2021-05-03
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
19				
18				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	SEPTIEMBRE	$ 3.337.316	$ 0	se anexa soporte de afiliacion salud y pension
2	OCTUBRE	$ 3.570.149	$ 413,300	8345370837
3			35,400	46065542
4	NOVIEMBRE	$ 3.570.149	$ 448.701	8346627601
5	DICIEMBRE	$ 3.570.149	$ 448.700	826850238
6	ENERO	$ 3.570.149	$ 448.700	47374888
7	FEBRERO	$ 3.570.149	$ 448.700	47986787
8	MARZO	$ 601.492	$ 448.700	47986787
9		$2,910. 448		
10	ABRIL	$ 46.950	$ 448.700	47986787
11		$ 3.627.684		
12	ABRIL- PEN	$ 59.148		
13	MAYO	354.888	$ 452.700	50428410
14				
15				
16				
17				
19				
18				
20				
21				
22				

Ajustar Septiembre $45334

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 2.196.960	$ 22.235.228	$ 25.878.223	$ 22.235.228

2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS DE APOYO DE ACURDO A SU PERFIL COMO ENFERMERA PROFESIONAL PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCION COLECTIVAS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMINETO DE LA MISION Y VISION DE LA MISMA.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2021-05-01 **Hasta:** 2021-05-03

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Realizar seguimiento de las visitas en campo y segumiento telefonico, realizadas por las gestoras de riesgo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Desarrollar acciones en el entorno hogar de acuerdo a los lineamientos establecidos de la secretaria de salud y cumplir con los direccionamientos establecidos desde el supervisor del contrato.	Lectura y Apropiacion de Lineamientos, acta entregada a lider de espacio.
2	Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud.	Registro de ficha de notificacion 346 para las pruebas realizadas en poblacion identificada.	Formatos diligenciados para las muestras realizadas
3	Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.	Diligenciamiento del cronograma mensualmente en el que se consignan las actividades programadas durante el mes siguiente acordes a las acciones establecidas en el lineamineto	Registro de Cronogramas en base de gestion del riesgo
4	Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el Contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital.	Muestreo Covid 19	Entrega de preauditoria fisico
5	Desarrollar acciones en el espacio vivienda de acuerdo el lineamientos establecidos de la secretaria de salud y cumplir con los direccionamientos establecidos desde del supervisor del contrato	Muestreo Covid 19	Pruebas realizadas en poblaciones identificadas

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

Paula Angel
Firma del Contratista

C.C. 1.019.113.550 **de** BOGOTA

FIRMA DEL LIDER O PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES	
NOMBRE Y CEDULA:	DEISY KATHERINE HERRERA HERNANDEZ - CC 1020769821
CARGO:	PROFESIONAL DE APOYO GESTION OPERATIVA ENTORNO HOGAR
FIRMA	
FIRMA DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	
NOMBRE:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS CC 52933672
CARGO:	REFERENTE ENTORNO HOGAR
FIRMA	

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 5495 2020	C.D.P. No.:	2797	Proceso al que pertenece:	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - ENTORNO HOGAR E INSTITUCIONAL

Nombre del Contratista: PAULA ANDREA ANGEL CRUZ C.C. 1.019.113.550 de: BOGOTA

Fecha Inicio: 2020-09-03 Fecha Terminación incial: 2020-10-31 Valor Mensual: $ 3.627.684 Valor a cobrar: $ 354.888

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.405.970	3615	2020-11-01	2020-11-20
2	$ 1.183.582	3782	2020-11-21	2020-11-30
3	$ 1.785.000	3952	2020-12-01	2020-12-15
4	$ 3.570.149	4111	2020-12-16	2021-01-15
5	$ 1.580.076	108	2021-01-16	2021-01-31
6	$ 3.570.149	218	2021-02-01	2021-02-28
7	$ 3.570.149	549	2021-03-01	2021-03-31
8				
9	$ 4.570.153	991	2021-04-01	2021-05-03
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
19				
18				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	SEPTIEMBRE	$ 3.337.316	$ 0	se anexa soporte de afiliacion salud y pension
2	OCTUBRE	$ 3.570.149	$ 413,300	8345370837
3			35,400	46065542
4	NOVIEMBRE	$ 3.570.149	$ 448.701	8346627601
5	DICIEMBRE	$ 3.570.149	$ 448.700	826850238
6	ENERO	$ 3.570.149	$ 448.700	47374888
7	FEBRERO	$ 3.570.149	$ 448.700	47986787
8	MARZO	$ 601.492	$ 448.700	48611422
9		$2,910. 448		
10	ABRIL	$ 46.950	$ 448.700	49326891
11		$ 3.627.684		
12	ABRIL- PEN	$ 59.148		
13	MAYO	354.888	$ 452.700	50428410
14			$ 700	50732537
15			$ 9,900	50736214
16				
17				
19				
18				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2.196.960	$ 22.235.228	$ 25.878.223	$ 22.235.228

2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS DE APOYO DE ACURDO A SU PERFIL COMO ENFERMERA PROFESIONAL PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCION COLECTIVAS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMINETO DE LA MISION Y VISION DE LA MISMA

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2021-05-01 Hasta: 2021-05-03

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Realizar seguimiento de las visitas en campo y segumiento telefonico, realizadas por las gestoras de riesgo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	Desarrollar acciones en el entorno hogar de acuerdo a los lineamientos establecidos de la secretaria de salud y cumplir con los direccionamientos establecidos desde el supervisor del contrato.	Lectura y Apropiacion de Lineamientos, acta entregada a lider de espacio.
2	Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud.	Registro de ficha de notificacion 346 para las pruebas realizadas en poblacion identificada.	Formatos diligenciados para las muestras realizadas
3	Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.	Diligenciamiento del cronograma mensualmente en el que se consignan las actividades programadas durante el mes siguiente acordes a las acciones establecidas en el lineamineto	Registro de Cronogramas en base de gestion del riesgo
4	Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el Contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital.	Muestreo Covid 19	Entrega de preauditoria fisico
5	Desarrollar acciones en el espacio vivienda de acuerdo el lineamientos establecidos de la secretaria de salud y cumplir con los direccionamientos establecidos desde del supervisor del contrato	Muestreo Covid 19	Pruebas realizadas en poblaciones identificadas

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

Firma del Contratista

C.C. 1.019.113.550 de BOGOTA

FIRMA DEL LIDER O PROFESIONAL QUE VERIFICA LAS ACTIVIDADES	
NOMBRE Y CEDULA:	DEISY KATHERINE HERRERA HERNANDEZ - CC 1020769821
CARGO:	PROFESIONAL DE APOYO GESTION OPERATIVA ENTORNO HOGAR
FIRMA	
FIRMA DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	
NOMBRE:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS CC 52933672
CARGO:	REFERENTE ENTORNO HOGAR
FIRMA	

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	1019113550	paula andrea angel cruz		calle 130B 14-80	5363030	Paangel@gmail.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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2021-04	2021-04	I	06/05/2021	50428410	TOTAL A PAGAR	
					$452.700	

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	182.900	0		0		0	0	0	0	182.900	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	234.100	0	0	0	0	0	0		234.100	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	35.700				35.700	0	0	35.700			357	35.700	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	182.900	182.900
Pensión	1	234.100	234.100
Riesgos Laborales	1	35.700	35.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	452.700	452.700

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	1019113550	paula andrea angel cruz		calle 130B 14-20	6363030	PaBangel@gmail.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	
50428410	06/05/2021				EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2021-04	2021-04	N	21/05/2021	50736214	TOTAL A PAGAR	
					$9.900	

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	4.000	0		0		0	0	0	0	4.000	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	5.100	0	0	0	0	0	0		5.100	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	800				800	0	0	800			8	800	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	4.000	4.000
Pensión	1	5.100	5.100
Riesgos Laborales	1	800	800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	9.900	9.900

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

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1019113550	paula andrea angel cruz		calle 130B 14-80	- 5363030	PaBangel@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independ ente			BOGOTA D. C.	BOGOTA, 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
50428410	06/05/2021				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-04	2021-04	N	21/05/2021	50736214	$9.900	

ALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Categoría	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDP	TAE	TDP	RVP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COMPLEMENTACION	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
1019113550	ANGEL CRUZ PAULA ANDREA	59	0			N																	230301	1.494.977	239.200	0	0	0	0	EPS005	1.494.977	189.900	14-23	1.494.977	3	39.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1019113550	paula andrea angel cruz		calle 130B 14-80	5363030	Paßangel@gmail.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	
50428410	06/05/2021				EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2021-04	2021-04	N		50732537	TOTAL A PAGAR	
					$700	

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	300	0		0		0	0	0	0	300	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	400	0	0	0	0	0	0		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										

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 ICE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	300	300
Pensión	1	400	400
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBT	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	700	700

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

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1019113550	paula andrea angel cruz		calle 130B 14-80	5363030	PaBangel@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	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
50428410	06/05/2021				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-04	2021-04	N		50732537	$700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Pensionado	Extranjero	Colom. exterior	Dirección	IGE	IRT	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	Cód. CCF	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
CC	1019113550	ANGEL CRUZ PAULA ANDREA	59	0			N																	230301	1.465.401	234.500	0	0	0	0	EPS005	1.465.401	183.200	14-23	1.465.401	3	35.700		0	0	0	0	0	0	0

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

Valor

$452.700,00

05/May/2021 - 6:46 p.m. - IP 186.29.54.227



Tu transacción fue exitosa

Resumen detallado de tu transacción

¿Desde dónde debitamos?

Cuenta de Ahorros - 7663

Hacia

COMPENSAR-OI - MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Nro. de transacción

184603

Pedido/Factura Nro.

50428410

Recuerda que el costo de esta transacción es $0.

Listo

Volver al contenido

Imprimir comprobante

BBVA

Pago exitoso

$9,900.00

20 May, 2021 -- 07:33 PM

Producto o servicio	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social COMPENSAR-OI
Pagaste con	Cuenta de Ahorros •3034
Código de confirmación (CUS)	996647310
IP	186.155.65.79

SOPORTE DE CARGUE DE CUENTA SECOP II

PS 5495_2020_PAULA_ANDREA_ANGEL_CRUZ

