Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	SIASUR

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2022-09-01	**Hasta:**	2022-09-30	
Nombre del Contratista:	JORISMA KATHERINE TAFUR ARIZ		**Número de Documento:**	1143452821	
Correo Electrónico:	jorismatafur910@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3017432617	
Nombre del Supervisor:	DIANA MARCELA FERNANDEZ PALACIOS	**Cargo:**	PROFESIONAL GESTION ADMINISTRATIVA EN SALUD	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2095-2022	**Año Contrato:**	2022	**CDP Contrato Inicial:**	426
Perfil:	ENFERMERO				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS				
Unidad de Servicios:	USS TUNAL				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
J02ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	180	0	18100	$3258000	93.8%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 3258000**	**TRES MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL PESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2022-02-01		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2022-04-30
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2022-04-01	2022-07-31	1	$ 12597600	1073
2	2022-07-01	2022-09-30	2	$ 7819200	1955
3	2022-08-01	2022-09-30	3	$ 4344000	2315
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
1	FEBRERO	$ 3692400
2	MARZO	$ 4669800
3	ABRIL	$ 4561200
4	MAYO	$ 3801000
5	JUNIO	$ 4344000
6	JULIO	$ 4344000
7	AGOSTO	$ 3366600
8	SEPTIEMBRE	$ 3258000

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 10425600	**$ 35186400**	**$ 32037000**	**$ 3149400**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Prestar servicios de acuerdo al perfil (Enfermera(o)) acorde con la Lex Artis, segùn necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantia y Calidad (SOGC) y demàs normas concordantes.	-SE PROMUEVE ESTILOS, HABITOS Y CONDUCTAS SALUDABLES, MEDIANTE ACCIONES DE EDUCACION QUE GENEREN EL AUTOCUIDADO A USUARIOS PACIENTES Y FAMILIARES	-REGISTRADO EN EL SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA HISTORIA CLINICA Y FORMATOS ESTABLECIDOS EN EL SERVICIO PARA SU DILIGENCIAMIENTO
2	Realizar actividades de información, educación, comunicación encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria.	-SE PROMUEVE ESTILOS, HABITOS Y CONDUCTAS SALUDABLES, MEDIANTE ACCIONES DE EDUCACION QUE GENEREN EL AUTOCUIDADO A USUARIOS PACIENTES Y FAMILIARES	-REGISTRADO EN EL SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA HISTORIA CLINICA Y FORMATOS ESTABLECIDOS EN EL SERVICIO PARA SU DILIGENCIAMIENTO
3	Registrar en la Historia Clìnica toda la informaciòn del acto paramèdico (procedimiento y cuidado de enfermeria, de forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas distintas a las internacionalmente aprobadas), simultánea o inmediatamente después de su realizaciòn, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demàs criterios que defina el Ministerio de Salud y Protecciòn Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolucion 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique,sustituya).	-SE REALIZA EL CORRECTO DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA, A SU VEZ SE HACE SEGUIMIENTO Y RETROALIMENTACION DE LA CLARIDAD DE LA INFORMACION, DILIGENCIAMIENTO OPORTUNO DE ESTA Y ADEMAS DOCUMENTACION DEL SERVICIO QUE REALICE EL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERIA CUMPLIENDO CON LOS PARAMETROS EXIGIDOS EN LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE EN EL SISTEMA DE INFORMACION DE LA SUBRED SUR Y LO EXPUESTO EN LOS MANUALES DE BIOSEGURIDAD	-REGISTRADO EN EL SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA HISTORIA CLINICA Y FORMATOS ESTABLECIDOS EN EL SERVICIO PARA SU DILIGENCIAMIENTO

© Siasur - 2022

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
4	Apoyar la elaboraciòn, actualizaciòn de formatos, protocolos, guìas, procedimientos de enfermeria y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	-SE REALIZA EL PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA PARA LA ATENCION Y MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE EN HOSPITALIZADO ENFOCADO EN EL CUIDADO HUMANIZADO PERTINENTE, RELACIONADO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS EN LOS PLANES DE MANEJO MEDICO Y SU SEGUIMIENTO	-REGISTRADO EN EL SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA HISTORIA CLINICA Y FORMATOS ESTABLECIDOS EN EL SERVICIO PARA SU DILIGENCIAMIENTO
5	Asegurar la correcta administración de medicamentos de acuerdo a la prescripción médica escrita, legible, correcta, actualizada de acuerdo al protocolo establecido porla institución.	-SE REALIZA ADMINISTRACION Y PREPARACION DE MEDICAMENTOS SEGÚN LA PRESCRIPCION MEDICA TENIENDO EN CUENTA LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS DE ADMINISTRACION, LAS REGLAS DE ORO Y LOS 10 CORRECTOS EN LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS Y MEZCLAS DE INFUSIONES SEGÚN GUIAS INSTITUCIONALES DE LA SUB RED SUR "	-REGISTRADO EN EL SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA HISTORIA CLINICA Y FORMATOS ESTABLECIDOS EN EL SERVICIO PARA SU DILIGENCIAMIENTO
6	Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud.	-SE ESTABLECE UN MEDIO DE COMUNICACIÓN ENFERMERA-MEDICO; ENFERMERA-FAMILIA, CON LA FINALIDAD DE INFORMAR OPORTUNAMNETE LAS INTERVENCIONES, RESULTADOS, ACTIVIDADES DE LA ATENCION BRINDADA Y CAMBIOS CLINICOS DEL PACIENTE, TENIENDO EN CUENTA EL ROL DEL MEDICO DENTRO DE LA INFORMACION AL FAMILIAR	-REGISTRADO EN EL SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA HISTORIA CLINICA Y FORMATOS ESTABLECIDOS EN EL SERVICIO PARA SU DILIGENCIAMIENTO
7	Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, conforme lo establece la Ley 911 de 2014 o norma que la modifique, adicione o sustituya.	-SE REALIZA ASISTENCIA Y SEGUIMIENTO A LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN LOS SERVICOS DE HOSPITALIZACION, SE REALIZA APOYO AL EQUIPO MEDICO EN LA REALIZACION DE PROCEDIMIENTOS ESPECIALES, EN PRO DE LA ATENCION DEL PACIENTE DE TODO EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DISPUESTO PARA MEJORAR LA CONDICION DE SALUD DEL PACIENTE	-REGISTRADO EN EL SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA HISTORIA CLINICA Y FORMATOS ESTABLECIDOS EN EL SERVICIO PARA SU DILIGENCIAMIENTO
8	Realizar el seguimiento y custodia del carro de paro del servicio asignado de acuerdo al procedimiento y formatos institucionales	-TOMAR LAS MEDIDAS NECESARIAS PARA VELAR POR EL CORRECTO USO, MANTENIMIENTO, ADMINISTRACION Y REPOSICION DE LOS MEDICAMENTOS E INSUMOS DEL CARRO DE PARO QUE LA SUBRED SUR A CONFINADO PARA CADA SERVICIO SEGÚN SU NECESIDAD	-REGISTRADO EN EL SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA HISTORIA CLINICA Y FORMATOS ESTABLECIDOS EN EL SERVICIO PARA SU DILIGENCIAMIENTO
9	Hacer seguimiento de control y evaluación al personal auxiliar de enfermería de acuerdo a sus competencias y actividades del servicio, acorde con la Ley 911 de 2014 o norma que la modifique adicione o sustituya.	-SE REALIZA INFORME OPORTUNO AL SUPERVISOR DEL CONTRATO, SOBRE LAS NOVEDADES Y OBSERVACIONES QUE PUEDAN AFECTAR LA DINAMICA DEL SERVICIO Y LA ATENCION	-REGISTRADO EN EL SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA HISTORIA CLINICA Y FORMATOS ESTABLECIDOS EN EL SERVICIO PARA SU DILIGENCIAMIENTO

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
10	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-SE VERIFICA LA CORRECTA DISTRIBUCION DE PERSONAL ASISTENCIAL, USO DE LOS INSUMOS, EQUIPOS MEDICOS Y BIOMEDICOS, QUE SE LES SEAN CONFINADOS PARA LA ATENCION DE PACIENTES COMO DE LAS INSTALACIONES Y SERVICIOS MINIMOS VITALES SIENDO AMIGABLES CON EL MEDIO AMBIENTE ASI COMO LAS DESINFECCIONES DE LOS MISMOS SEGUN SE REQUIERAN	-REGISTRADO EN EL SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA HISTORIA CLINICA Y FORMATOS ESTABLECIDOS EN EL SERVICIO PARA SU DILIGENCIAMIENTO

© Siasur - 2022

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior	$ 3366600
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	62048632		
2022	AGOSTO	2022	09	26			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					TRES MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS PESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PROTECCIÓN	$ 1346640	$ 215462	$ 220000
Salud		SALUD TOTAL		$ 168330	$ 172000
ARL	3	SURA		$ 32804	$ 33600
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 390821**	**$ 425600**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4870504042

Diana Fernández
Enfermera Jefe
Universidad Nacional
C.C. 1.030.614.002

JORISMA KATHERINE TAFUR ARIZ
1143452821

DIANA MARCELA FERNANDEZ PALACIOS
PROFESIONAL GESTION ADMINISTRATIVA EN SALUD

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 2022- 2095 - JORISMA TAFUR ARIZA.pdf	FEBRERO 2022- 2095 - JORISMA TAFUR ARIZA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MARZO-2095-2022	MARZO-2095-2022 JORISMA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ABRIL-2095-2022	ABRIL-2095-2022 JORISMA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MAYO-2095-2022 JORY	MAYO-2095-2022 JORY.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JUNIO-2095-2022	JUNIO-2095-2022 YO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JULIO-2095-2022	JULIO-2095-2022 JO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	AGOSTO-2095-2022-JORISMA TAFUR ARIZA.pdf	AGOSTO-2095-2022-JORISMA TAFUR ARIZA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

8nBGGJ65pC

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. certifica que:

TAFUR ARIZ JORISMA KATHERINE

1143452821

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso de Los Ejes de Acreditación y su importancia en un Hospital Universitario.

Para constancia se expide

septiembre 7, 2022

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

BOGOTÁ

20:28

surveys.serviciocivil.gov.co

INSTRUMENTO MEDICIÓN CONTRATISTAS

¡Muchas gracias!

Sus respuestas han sido guardadas.

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	1143452821	Jorisma Katherine Tafur Ariza	Calle 10 # 80-41	4652701	jorismatafur910@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
62048632	26/09/2022				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-08	2022-08	N	30/09/2022	62083434	$98.100	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	38.800	0		0		0	24	900	0	39.700	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	49.600	0	0	0	0	24	1.100	0	50.700	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	7.500				7.500	24	200	7.700			75	7.700	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	38.800	39.700
Pensión	1	49.600	50.700
Riesgos Laborales	1	7.500	7.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	95.900	98.100

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	1143452821	Jorisma Katherine Tafur Ariza	Calle 10 # 80-41	4652701	jorismatafur910@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
62048632	26/09/2022	N	30/09/2022	62083434	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-08	2022-08				$98.100	

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	Estudiante	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	1143452821	TAFUR ARIZA JORISMA KATHERINE	59	0			N	X							X									230201	1.350.000	216.000	0	0	0	0	EPS002	1.350.000	168.800	14-11	1.350.000	3	32.900		0	0	0	0	0	0	0	0

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	1143452821	Jorisma Katherine Tafur Ariza	Calle 10 # 80-41	4652701	jorismatafur910@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	
2022-08	2022-08	I	26/09/2022	62048632	$327.500	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	130.000	0		0		0	19	2.300	0	132.300	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	166.400	0	0	0	0	19	2.900	0	169.300	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	25.400				25.400	19	500	25.900			254	25.900	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	130.000	132.300
Pensión	1	166.400	169.300
Riesgos Laborales	1	25.400	25.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	321.800	327.500

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
CC	1143452821	Jorisma Katherine Tafur Ariza		Calle 10 # 80-41	4652701	jorismatafur910@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	
2022-08	2022-08	I	26/09/2022	62048632	$327.500	

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	1143452821	TAFUR ARIZA JORISMA KATHERINE	59	0			N	X							X									230201	1.040.000	166.400	0	0	0	0	EPS002	1.040.000	130.000	14-11	1.040.000	3	25.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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