Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

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

**CÓDIGO: AP-IA-FT-014**
**VERSIÓN: 03**
**FECHA: 2021-12-27**

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. CONTRATO - OPS:** | PS 3482 2022 | **C.D.P. No.:** | 105 |
| **Proceso que pertenece:** | MISIONAL | | |
| **Servicio al que pertenece:** | DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS | | |
| **Unidad a la que pertenece:** | UMHES SANTA CLARA | | |
| **Nombre del Contratista:** | ANGELA MARIA MENDOZA MESA | **C.C.** | 52.046.298 **de:** BOGOTÁ D.C. |
| **Fecha Inicio:** | 2022-02-01 | **Fecha Terminación inicial:** | 2022-04-30 |
| **Valor Mensual:** | $ 4.202.400 | **Valor a cobrar:** | $ 4.202.400 |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 4.080.000 | 1000 | 2022-05-01 | 2022-05-31 |
| 2 | $ 122.400 | 1570 | 2022-05-18 | 2022-05-31 |
| 3 | $ 2.101.200 | 1705 | 2022-06-01 | 2022-06-15 |
| 4 | $ 8.579.900 | 1905 | 2022-06-16 | 2022-08-15 |
| 5 | $ 822.970 | 2586 | 2022-08-16 | 2022-08-21 |
| 6 | $ 1.803.530 | 2643 | 2022-08-22 | 2022-09-05 |
| 7 | $ 4.289.950 | 2859 | 2022-09-06 | 2022-10-05 |
| 8 | $ 4.202.400 | 3204 | 2022-10-06 | 2022-11-05 |
| 9 | $ 4.027.300 | 3610 | 2022-11-06 | 2022-12-05 |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO PLANILLA |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 4.080.000 | $ 504.876 | 56622629 | 11/02/2022 |
| 2 | MARZO | $ 4.080.000 | $ 556.900 | 57222205 | 4/03/2022 |
| 3 | ABRIL | $ 4.080.000 | $ 556.900 | 57912895 | 4/04/2022 |
| 4 | MAYO | $ 4.202.400 | $ 556.900 | 58743507 | 6/05/2022 |
| 5 | JUNIO | $ 4.202.400 | $ 511.617 | 59490424 | 8/06/2022 |
| 6 | JULIO | $ 4.202.400 | $ 520.022 | 60223639 | 11/07/2022 |
| 7 | AGOSTO | $ 4.202.400 | $ 520.022 | 1599644005 | 12/08/2022 |
| 8 | SEPTIEMBRE | $ 4.202.400 | $ 618.800 | 61774830 | 12/09/2022 |
| 9 | OCTUBRE | $ 4.202.400 | $ 618.800 | 62501601 | 11/10/2022 |
| 10 | NOVIEMBRE | $ 4.202.400 | $ 618.800 | 63128864 | 8/11/2022 |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 12.240.000 | $ 42.269.650 | $ 41.656.800 | $ 612.850 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA RESPIRATORIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**Relación de actividades para el periodo:** **Desde:** 2022-11-01 **Hasta:** 2022-11-30

| | 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 LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS DETERMINADOS DENTRO DEL PLAN DE MANEJO, CON UN ALTO NIVEL CIENTÍFICO, ÉTICO Y HUMANO, DE UNA MANERA OPORTUNA Y PERTINENTE, EN CORRESPONDENCIA CON LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES, Y TENIENDO EN CUENTA QUE TODAS LAS DECISIONES CLÍNICAS GENERADAS EN LA ATENCIÓN MÉDICA, PROCURARÁN EL MEJORAMIENTO DE LA SALUD DEL PACIENTE, EL USO RACIONAL DEL CONOCIMIENTO MÉDICO Y DE LOS RECURSOS DISPONIBLES | SE REALIZAN ATENCIONES A LOS PACIENTES CON PROCEDIMIENTOA TALES COMO TOMA DE GASES ARTERIALES, TOMA DE MUESTRAS RESPIRATORIAS, REALIZACION DE TERAPIAS, RESPUESTA A INTERCONSULTAS DE ACUERDO A ORDEN MÉDICA. | SE REALIZA REGISTRO DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN TIPO DE HISTORIA CLINICA TEREVO Y RESPUESTA A INTERSONSULTAS EN EL APLICATIVO DINAMICA GERENCIAL |
| 2 | BRINDAR UNA ATENCIÓN EN SALUD BUSCANDO LOS MEJORES ESTÁNDARES DE OPORTUNIDAD, INTEGRIDAD, SUFICIENCIA, CONTINUIDAD Y PERTINENCIA, EN UN AMBIENTE DE ATENCIÓN PERSONALIZADA Y HUMANIZADA, CUMPLIENDO EL PRINCIPIO DE EQUIDAD Y CON ÉNFASIS EN ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS, PROTOCOLOS, INTERVENCIONES Y GUÍAS DE ATENCIÓN, DE ACUERDO A LOS ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN | SE REALIZARA LA RESPUESTA DE INTERCONSULTAS EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS, SE PRESTARA EL SERVICIO A LOS PACIENTES QUE SE ENCUENTRAN EN LA ENTREGA DE TURNO O DE LOS QUE SE RECIBE LLAMADO PARA LA ATENCIÓN. SE REALIZAN ACCIONES PROPIAS EN EL SERVICIO DE SALA ERA. | SE REALIZA REGISTRO DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN TIPO DE HISTORIA CLINICA TEREVO Y RESPUESTA A INTERSONSULTAS EN EL APLICATIVO DINAMICA GERENCIAL, ADEMAS DE DILIGENCIAMIENTO DE BASE DE SALA ERA |
| 3 | PRESTAR SUS SERVICIOS ASISTENCIALES RESPETANDO AUTONOMÍA INSTITUCIONAL DE LA SUBRED, SU VISIÓN, MISIÓN, ESTRUCTURA ORGÁNICA REGLAMENTOS ADMINISTRATIVOS, TÉCNICOS, CIENTÍFICOS Y DISCIPLINARIOS, ACOGIENDO LAS DIRECTRICES INSTITUCIONALES | EN LA PRESTACION DEL SERVICIO SE RESPETAN LAS DIRECTICES INSTITUCIONALES Y SE IMPLEMENTA LA PLATAFORMA ESTRATEGICA | REUNIONES DE CAPACITACION SOBRE LA PLATAFORMA ESTRATEGICA |
| 4 | REALIZAR LAS ACTIVIDADES SEGÚN LAS NECESIDADES DE LA SUBRED DANDO CUBERTURA EN TODAS LAS UNIDADES EN DONDE SE OFERTA EL SERVICIO Y SEA REQUERIDO | SE DA COBERTURA A TODOS LOS SERVICIOS, RESPONDIENDO LLAMADOS, INTERCOSNULTAS Y REQUERIMIENTOS | SE CIEUNTA CON UN CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DANDO COBERTURA EN LOS SERVICOS Y UNIDADES |
| 5 | INFORMAR AL PACIENTE Y SU FAMILIA SOBRE LA CONDICIÓN CLÍNICA, PLAN DE MANEJO, ATENCIÓN Y RECOMENDACIONES DE EGRESO, CONOCER EL GRADO DE SATISFACCIÓN SOBRE LOS SERVICIOS PRESTADOS Y RESOLVER INQUIETUDES RELACIONADAS CON EL PROCESO DE ATENCIÓN | SE BRINDA EDUCACIÓN Y ASESORIA EN PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN A LOS CUIDADORES EN ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, MANEJO DE OXIGENO DOMICILIARIO Y EN CUIDADOS EN CASA | SE REALIZA REGISTRO DE PROCEDIMIENTOS EDUCATIVOS EN TIPO DE HISTORIA CLINICA TEREVO Y EN DE BASE DE SALA ERA |
| 6 | LLEVAR REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES, ASÍ COMO MANTENER ACTUALIZADOS LOS INFORMES ESTADÍSTICOS DEFINIDOS POR LA INSTITUCIÓN Y TODOS AQUELLOS REGISTROS NECESARIOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROCESOS DE COSTOS Y FACTURACIÓN | SE ELABORAN INFORMES DE ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES Y SE ENTREGA A LIDER DEL PROCESO | DILIGENCIAMIENTO DE FORMATO DE FACTURACION, FORMATO DE INFORME MENSUAL ACTIVIDADES |
| 7 | RESPETAR LOS DERECHOS DEL PACIENTE, CUMPLIR EL CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA Y LAS DISPOSICIONES LEGALES PERTINENTES PROPIAS DE LOS SERVICIOS EN DONDE SE PRESTE LA ATENCIÓN | CUMPLIR Y SOCIALIZAR LOS DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES | NO SE REQUIRIO |
| 8 | REALIZAR EL SEGUIMIENTO Y CONTROL A PACIENTES EN LOS QUE SE REQUIERA SU PARTICIPACIÓN E IMPARTIR INSTRUCCIONES AL EQUIPO DE SALUD SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS ORDENADOS | SEGUIMIENTO A ESTADO DE SALUD DE PACIENTES SALA ERA, | BASE DE REGISTRO SALA ERA CON SEGUIMIENTO A LAS 8 HORAS Y 7 DIAS |
| 9 | EMITIR CONCEPTOS MÉDICOS QUE SE LE REQUIERAN, REALIZAR RESÚMENES DE HISTORIA CLÍNICA, EPICRISIS U OTROS DOCUMENTOS ASISTENCIALES O ADMINISTRATIVOS QUE SEAN SOLICITADOS | SE REALIZA EVOLUCIÓN DE TODO PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO REALIZADO AL PACIENTE PARA SU POSTERIOR REVISIÓN | SE REALIZA REGISTRO DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN TIPO DE HISTORIA CLINICA TEREVO Y RESPUESTA A INTERSONSULTAS EN EL APLICATIVO DINAMICA GERENCIAL |

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

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

**CÓDIGO: AP-IA-FT-014**
**VERSIÓN: 03**
**FECHA: 2021-12-27**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 10 | CUMPLIR LAS NORMAS INSTITUCIONALES DE BIOSEGURIDAD, VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, GESTIÓN AMBIENTAL, SALUD OCUPACIONAL Y DEMÁS POLÍTICAS INSTITUCIONALES | CUMPLIR PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAS | UTILIZACION DE EPP Y CUMPLIR CON |
| 11 | RESPONDER POR LOS INVENTARIOS, CONSERVACIÓN Y USO ADECUADO DE LOS EQUIPOS, ELEMENTOS E INSUMOS, AL IGUAL QUE EL CUIDADO DE LA INFRAESTRUCTURA DEL SERVICIO Y/O ÁREA DONDE SE ENCUENTRE DESARROLLANDO LAS ACTIVIDADES | SABER EL INVENTARIO DEL SERVICIO | LEVAR REGISTRO DE INVENTARIOS |
| 12 | CUMPLIR CON LOS PROCESOS, PROCEDIMIENTOS, GUÍAS Y DEMÁS NORMAS DEFINIDAS POR LA ENTIDAD, DE CONFORMIDAD CON EL ÓBJETO DEL CONTRATO | CONOCER LAS GUIAS, NORMAS DE LA INSTITUCION | CUMPLIR CON LAS NORMAS Y GUIAS DE LA INSTITUCION |
| 13 | ASISTIR A REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA ENTIDAD | ASISTIR A REUNIONES PROGRAMADAS | FIRMAS DE ASISTTENCIA Y ACTAS |
| 14 | REALIZAR LA DESINFECCIÓN DE MANERA OPORTUNA DE LA UNIDAD DEL PACIENTE DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES | SE REALIZA DESINFECCION DE LOS EQUIPOS DEL SERVICIO | FORMATO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION DE LOS EQUIPOS |
| 15 | REALIZAR LA TOMA OPORTUNA DE LAS MUESTRAS DE LABORATORIO QUE REQUIERAN LOS PACIENTES CON EL FIN DE AGILIZAR EL TRATAMIENTO | NO APLICA | NO APLICA |
| 16 | ASISTIR EN LA ALIMENTACIÓN A LOS PACIENTES ASIGNADOS CONSERVANDO LAS PRECAUCIONES ESTABLECIDAS SEGÚN EL CASO | NO APLICA | NO APLICA |
| 17 | REALIZAR EL CONTROL DE LÍQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS REGISTRANDO EN FORMA OPORTUNA Y ADECUADA LOS RESULTADOS DE ACUERDO AL PROTOCOLO INSTITUCIONAL | NO APLICA | NO APLICA |
| 18 | PORTAR EL UNIFORME DETENIENDO EN CUENTA LAS NORMAS HIGIENE Y BIOSEGURIDAD DE LA SUBRED | MANTENER LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD | CUMPLIR PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD |
| 19 | OFRECER TRATO CON CALIDEZ Y CALIDAD AL PACIENTE Y LA FAMILIA, DANDO UNA ATENCIÓN HUMANIZADA CONSERVANDO EL RESPETO POR LA DIGNIDAD HUMANA | SE ACOGE A LAS DIRECTICES INSTITUCIONALES. | BRINDAR TRATO CALIDO AL PACIENTE Y FAMILIAR, EVITAR QUEJAS |
| 20 | IMPARTIR EDUCACIÓN AL PACIENTE Y A LA FAMILIA SOBRE LOS CUIDADOS ESPECÍFICOS A TENER EN CASA DE ACUERDO A LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE | EDUCAR FAMILIAR Y PACIENTES SOBRE CUIDADOS EN CASA | FORMATO REGISTRO EDUCACIÓN |
| 21 | MANTENER LA RESERVA DE LA INFORMACIÓN CLÍNICA Y PERSONAL DE LOS PACIENTES | GUARDAR CONFIDENCIALIDAD DEL PACIENTE | NO APLICA |
| 22 | EJERCER LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE LA FORMACIÓN TÉCNICA DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS Y/O REGLAMENTOS DE ACUERDO AL OBJETO CONTRACTUAL Y LAS NECESIDADES DEL SERVICIO | NO APLICA | NO APLICA |
| 23 | SE DESARROLLARÁN LAS ACTIVIDADES EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES CORRESPONDIENTES A LA SUBRED CENTRO ORIENTE DE ACUERDO A LA ASIGNACIÓN REALIZADA POR EL SUPERVISOR | DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES EN LA SEDE ASIGNADA | PLANILLA DE TURNOS |

**Observaciones:**

**240 HORAS REALIZADAS EN EL MES DE NOVIEMBRE**

Nota: Es deber contractual anexar la certificación del pago a Salud, pensión y ARL. En caso de tener contrato nuevo adjuntar el soporte de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizante y afiliación a pensión., Teniendo en cuenta que con la implementación del Decreto 1273 de 2018 el pago de aportes se hace de manera vencida de acuerdo con las fechas establecidas en el Decreto 1990 de 2016.

**Firma del Contratista**

C.C. 52.046.298 de BOGOTÁ D.C.

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1 | |
|---|---|
| NOMBRE: | IVAN DARIO OCHOA PELAEZ |
| CARGO: | DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05 |
| FIRMA | |

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2 | |
|---|---|
| NOMBRE: | IVAN DARIO OCHOA PELAEZ |
| CARGO: | DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05 |
| FIRMA | |

**Cuenta de cobro 10**

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

**Nit. 900.959.051-7**

**FECHA: 30/11/2022**

**DEBE A:**

ANGELA MARIA MENDOZA MESA
C.C. 52046298 de Ciudad BOGOTÁ D.C.

**LA SUMA DE:**

**CUATRO MILLONES DOSCIENTOS DOS MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE ($4.202.400)**

Por concepto de:

- Honorarios Prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 3482 2022 con afiliación a ARL RIESGO 3, correspondiente al mes de NOVIEMBRE de 2022.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA RESPIRATORIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**Cordialmente,**

ANGELA MARIA MENDOZA MESA.
C.C. 52046298
Teléfono 3133653638 Dirección: CL 94 72A 99
No Cuenta 450800110360 CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA

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 | 52046298 | ANGELA MARIA MENDOZA MESA | Cl 94 # 72a 99 Torre 5 Apto 402 | 3133653638 | yayimendoza2627@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: 1 / UPC: 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR |
| 2022-10 | 2022-10 | I | 08/11/2022 | 63128864 | $658.800 |

## 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 | 250.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 250.000 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 320.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 320.000 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-7 | Seguros Bolivar S.A. | 860002503-2 | 48.800 | | | | 48.800 | 0 | 0 | 48.800 | | | 488 | 48.800 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 40.000 | 0 | 0 | 40.000 | 1 |

**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 | 250.000 | 250.000 |
| Pensión | 1 | 320.000 | 320.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 48.800 | 48.800 |
| CCF | 1 | 40.000 | 40.000 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 4 | 658.800 | 658.800 |

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 | 52046298 | ANGELA MARIA MENDOZA MESA | Cl 94 # 72a 99 Torre 5 Apto 402 | 3133653638 | yayimendoza2627@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: 1 / UPC: 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR |
| 2022-10 | 2022-10 | I | 08/11/2022 | 63128864 | $658.800 |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Colilla | Moleta | Extranjero | Colombiano en el exterior | Estudiante | IRP | 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 | 52046298 | MENDOZA MESA ANGELA MARIA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 2.000.000 | 320.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 2.000.000 | 250.000 | 14-7 | 2.000.000 | 3 | 48.800 | CCF24 | 2.000.000 | 40.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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