2718

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 2718 2023	**C.D.P. No.:**	122	**Proceso que pertenece:**	DIRECCION FINANCIERA
				Servicio al que pertenece:	FACTURACION
				Unidad a la que pertenece:	SUBRED
Nombre del Contratista:	FLOR INÉS RODRÍGUEZ BELTRÁN			**C.C.**	51.994.913 **de:** BOGOTÁ D.C
Fecha Inicio:	01 DE FEBRERO DE 2023	**Fecha Terminación inicial:**	30 DE ABRIL DE 2023	**Valor Mensual:**	$ 1.796.320 **Valor a cobrar:** $ 1.796.320

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 148.320	861		
2	$ 1.796.320	1043	2023-05-01	2023-05-31
3	$ 1.796.320	1410	2023-06-01	2023-06-30
4	$ 3.592.640	2202	2023-07-01	2023-08-31
5	$ 1.796.320	0	2023-09-01	2023-09-30
6				
7				
8				
9				
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	$ 1.648.000	$ 358.900	65442075	9/02/2023
2	MARZO	$ 1.648.000	$ 358.900	66086032	6/03/2023
3	ABRIL	$ 1.796.320	$ 358.900	66778210	10/04/2023
4	MAYO	$ 1.796.320	$ 358.900	66778210	10/04/2023
5	JUNIO	$ 1.796.320	$ 358.900	8367794084	17/05/2023
6	JULIO	$ 1.796.320	$ 363.600	69404511	17/07/2023
7	AGOSTO	$ 1.796.320	$ 358.900	69404337	14/08/2023
8	SEPTIEMBRE	$ 1.796.320	$ 362.600	70921858	14/09/2023
9					
10					
11					
12					

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4.944.000	$ 14.073.920	$ 14.073.920	$ 0

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2023-09-01 **Hasta:** 2023-09-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1.Verificar las órdenes médicas y autorización física que presenta el paciente para su atención por consulta externa, según contratación y normatividad vigente.2.Actualizar datos personales del usuario a facturar.3.Generar factura en el sistema de información DGH y soportarla con la documentación que presenta el usuario según contratación y normatividad vigente.4.Legalizar el dinero recibido por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios, en sistema de información.5.Elaborar factura y recibo de caja oportunamente de acuerdo a la atención prestada al paciente y a la contratación y normatividad vigente..6.Realizar cierre de caja, arqueo y acta de entrega al Área De Tesorería.7.Entregar las facturas generadas a diario soportadas y organizadas de acuerdo a los procesos y procedimientos del Área.8.Corregir dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el revisor de cuentas.9.Brindar el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información y/o bases de datos afines.10.Realizar actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S.11.Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.12.Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato.	"1. Se verifico las ordenes medicas y autorizacion fisica que presenta el paciente para su atención por consulta externa, según contratación y normatividad vigente. 2. Se actualizo datos personales del usuario a facturar. 3. Se genero facturas en el sistema de información DGH y soportarla con la documentación que presenta el usuario según contratación y normatividad vigente. 4. Se legalizo el dinero recibido por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios, en sistema de información. 5. Se elaboro facturas y recibos de caja oportunamente de acuerdo a la atención prestada al paciente y a la contratación y normatividad vigente.. 6. Se realizo cierre de caja, arqueo y acta de entrega al Área De Tesorería. 7. Se entrego las facturas generadas a diario soportadas y organizadas de acuerdo a los procesos y procedimientos del Área. 8. Se corrigio dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el revisor de cuentas. 9. Se brindo el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información y/o bases de datos afines. 10. Se realizo actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S. 11. Se asistio a las reuniones y capacitaciones programadas por el área. 12. Se realizo las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato."	Se adjuntan 1 folio con las evidencias de las actividades realizadas durante el periodo También se pueden validar en DGH en el módulo de facturación en reportes generados Donde se puede descargar el estadistico con el numero de documento.

Observaciones:

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.

F Flor I. Rodriguez B.
Firma del Contratista

C.C. 51.994.913 de BOGOTÁ D.C

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1	
NOMBRE:	MARIA MARLENY RAMOS GUERRA
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2	
NOMBRE:	YOINER ACOSTA G.
CARGO:	DIRECTOR FINANCIERO
FIRMA:	

Cuenta de cobro 8-2023

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

FLOR INÉS RODRÍGUEZ BELTRÁN

C.C 51.994.913 de la ciudad de BOGOTÁ D.C

LA SUMA DE:

UN MILLON SETECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE **$ 1.796.320**

Por concepto de:

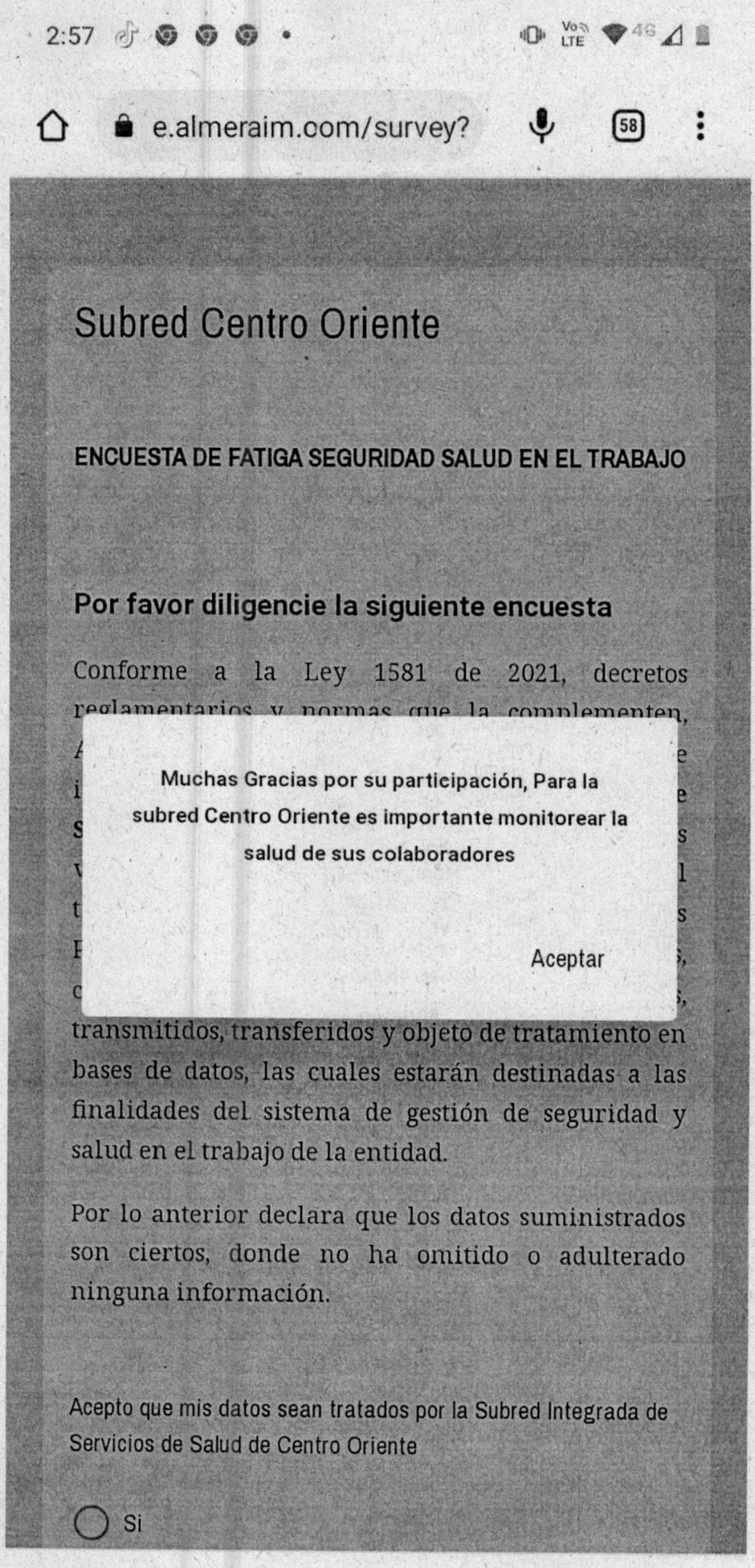
Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 2718 2023 correspondiente al mes de SEPTIEMBRE de 2023

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Cordialmente,

Flor I. Rodríguez B.

FLOR INÉS RODRÍGUEZ BELTRÁN
C.C 51994913
Teléfono 3157631505
Direccion CRA.51F BIS # 38B-31 SUR
No Cuenta 102570348 AHORROS BANCO DE BOGOTA
Fecha: 30/09/2023


2:57
e.almeraim.com/survey?
58
Subred Centro Oriente
ENCUESTA DE FATIGA SEGURIDAD SALUD EN EL TRABAJO
Por favor diligencie la siguiente encuesta
Conforme a la Ley 1581 de 2021, decretos
Muchas Gracias por su participación, Para la subred Centro Oriente es importante monitorear la salud de sus colaboradores
Aceptar
transmitidos, transferidos y objeto de tratamiento en bases de datos, las cuales estarán destinadas a las finalidades del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo de la entidad.
Por lo anterior declara que los datos suministrados son ciertos, donde no ha omitido o adulterado ninguna información.
Acepto que mis datos sean tratados por la Subred Integrada de Servicios de Salud de Centro Oriente
Si

LAB PULMONAR

Impreso: 30/06/2022 10:08:30

Informe muestras pacientes

Estado: **ACEPTADO**
Analizado: 30/06/2022 10:08:16
Tipo muestra: **Arterial**
Número de muestra

Paciente

ID: 1013594569
Apellido: **MORA**
Nombre: **ANDRES**

Cartucho

N.º lote: 220510J
Nº serie: 00000000500332848
Caducidad: 22/07/2022

Analizador

Modelo: GEM® *Premier 5000*
Área: LAB PULMON
Nombre: GP5000
Nº serie: 18071953

Resultados

			Crit. Bajo	Referencia Bajo	Referencia Alto	Crit. Alto
Corregido (36.0°C)						
pH(T)	**7.48**		--	--	--	--
pCO_2(T)	**26**	mmHg	--	--	--	--
pO_2(T)	**72**	mmHg	--	--	--	--
Medido (37.0°C)						
pH	**7.46**		--	--	--	--
pCO_2	**27**	mmHg	--	--	--	--
pO_2	**77**	mmHg	--	--	--	--
Na^+	**136**	mmol/L	--	--	--	--
K^+	**4.3**	mmol/L	--	--	--	--
Cl^-	**106**	mmol/L	--	--	--	--
Ca^{++}	**1.24**	mmol/L	--	--	--	--
Hct	**53**	%	--	--	--	--
Glu	**97**	mg/dL	--	--	--	--
Lac	**1.1**	mmol/L	--	--	--	--
CO-Oximetría						
tHb	**17.9**	g/dL	--	--	--	--
O_2Hb	**93.8**	%	--	--	--	--
COHb	**1.5**	%	--	--	--	--
MetHb	**1.1**	%	--	--	--	--
HHb	**3.6**	%	--	--	--	--
sO_2	**96.3**	%	--	95.0	98.0	--
Calculado						
TCO_2	**20.0**	mmol/L	--	--	--	--
BEecf	**-4.6**	mmol/L	--	--	--	--
tHb(c)	**18.0**	g/dL	--	--	--	--
BE(B)	**-2.7**	mmol/L	--	--	--	--
Ca^{++}(7.4)	**1.27**	mmol/L	--	--	--	--
AG	**15**	mmol/L	--	--	--	--
P/F Ratio	**367**	mmHg	--	--	--	--
pAO_2	**75**	mmHg	--	--	--	--
p_{50}	**incalc**	mmHg	--	--	--	--
O_2cap	**24.2**	mL/dL	--	--	--	--
O_2ct	**23.6**	mL/dL	--	--	--	--
sO_2(c)	**96.0**	%	--	--	--	--
HCO_3^-(c)	**19.2**	mmol/L	--	--	--	--
A-aDO_2	**3**	mmHg	--	--	--	--
CcO_2	**24.2**	mL/dL	--	--	--	--
Qsp/Qt(est)	**14.6**	%	--	--	--	--
mOsm	**277.4**	mmol/L	--	--	--	--

Otra información

Usuario introducido

Temp

HOSPITAL SANTA CLARA - LAS CRUCES

EL 16 DE AGOSTO AL 15 DE SEPTIEMBRE DE 2023

FLOR INES RODRIGUEZ BELTRAN

INFORME CUALITATIVO DE ACTIVIDADES (INDICAR QUE CLASE DE ACTIVIDADES REALIZO CADA DIA).

No.	ACTIVIDAD	MES	AGOSTO DE 2023																SEPTIEMBRE DE 2023														COMENTARIOS
		DIA	16 MIÉRCOLES	17 JUEVES	18 VIERNES	19 SÁBADO	20 DOMINGO	21 LUNES	22 MARTES	23 MIÉRCOLES	24 JUEVES	25 VIERNES	26 SÁBADO	27 DOMINGO	28 LUNES	29 MARTES	30 MIÉRCOLES	31 JUEVES	1 VIERNES	2 SÁBADO	3 DOMINGO	4 LUNES	5 MARTES	6 MIÉRCOLES	7 JUEVES	8 VIERNES	9 SÁBADO	10 DOMINGO	11 LUNES	12 MARTES	13 MIÉRCOLES	14 JUEVES	15 VIERNES	
1	Facturacion Agenda Anticipada		x	x	x	x			x	x	x	x			x	x	x	x	x			x	x	x	x	x			x	x	x	x	x	13 de sept. Permiso calamidad familiar
2	Verificacion Comprobadores por usuario		x	x	x				x	x	x	x			x	x	x	x	x			x	x	x	x	x			x	x	x	x	x	
3	Amarre de facturas		x	x	x				x	x	x	x			x	x	x	x	x			x	x	x	x	x			x	x	x	x	x	
4	Asignacion de citas medicas		x	x	x				x	x	x	x			x	x	x	x	x			x	x	x	x	x			x	x	x	x	x	
5	facturacion Vacunas		x	x	x				x	x	x	x			x	x	x	x	x			x	x	x	x	x			x	x	x	x	x	
6	Facturacion Citologias		x	x	x				x	x	x	x			x	x	x	x	x			x	x	x	x	x			x	x	x	x	x	

INFORME CUANTITATIVO DE ACTIVIDADES (INDICAR EN NUMERO QUE CANTIDAD DE ACTIVIDADES REALIZO CADA DIA).

No.	ACTIVIDAD	MES	AGOSTO DE 2023																SEPTIEMBRE DE 2023														TOTAL POR ACTIVIDAD	COMENTARIOS
		DIA	16 MIÉRCOLES	17 JUEVES	18 VIERNES	19 SÁBADO	20 DOMINGO	21 LUNES	22 MARTES	23 MIÉRCOLES	24 JUEVES	25 VIERNES	26 SÁBADO	27 DOMINGO	28 LUNES	29 MARTES	30 MIÉRCOLES	31 JUEVES	1 VIERNES	2 SÁBADO	3 DOMINGO	4 LUNES	5 MARTES	6 MIÉRCOLES	7 JUEVES	8 VIERNES	9 SÁBADO	10 DOMINGO	11 LUNES	12 MARTES	13 MIÉRCOLES	14 JUEVES	15 VIERNES		
1	Facturacion Agenda Anticipada		100	66	39	48			75	140	71	53			102	51	76	63	105			135	95	82	110	106			64	95	0	91	55	1.822	
2	Verificacion Comprobadores por usuario		400	264	156	192			300	560	284	212			408	204	304	252	420			540	380	328	440	424			256	380	0	364	220	7.288	
3	Amarre de facturas		100	66	39	48			75	140	71	53			102	51	76	63	105			135	95	82	110	106			64	95	0	91	55	1.822	
4	Asignacion de citas medicas		28	12	25				10	20	10	15			20	10	20	10	20			15	10	14	10	12			16	10	18	10	12	327	
5	Facturacion Vacunas		0	0	0				0	0	0	0			0	0	0	70	0			0	0	0	0	0			0	0	0	0	0	70	
6	Facturacion Citologias		0	0	0				0	0	0	0			0	0	0	0	0			0	0	0	0	0			0	0	0	0	49	49	
TOTAL POR DIA			628	408	259	288	0	0	460	860	436	333	0	0	632	316	476	458	650	0	0	825	580	506	670	648	0	0	400	580	18	556	391	11.378	1.719 FACTURAS

Flor I. Rodriguez B.

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	51994913	FLOR INES RODRIGUEZ BELTRAN	KRA 51 F BIS NO. 38 B 31 SUR	7240077	florrodrigrezb1@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

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	
2023-08	2023-08	I	14/09/2023	70921858	$362.600	

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	145.000	0		0		0	9	1.500	0	146.500	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	185.600	0	0	0	0	9	1.900	0	187.500	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	28.300				28.300	9	300	28.600			283	28.600	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	145.000	146.500
Pensión	1	185.600	187.500
Riesgos Laborales	1	28.300	28.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	358.900	362.600

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	51994913	FLOR INES RODRIGUEZ BELTRAN		KRA 51 F BIS NO. 38 B 31 SUR	7240077	florrodrigrezb1@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.		SI

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	
2023-08	2023-08	I	14/09/2023	70921858	$362.600	

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	Pensionado	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	51994913	RODRIGUEZ BELTRAN FLOR INES	57	0			N																25-14	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS008	1.160.000	145.000	14-7	1.160.000	3	28.300		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	51994913	FLOR INES RODRIGUEZ BELTRAN	KRA 51 F BIS NO. 38 B 31 SUR	7240077	florrodrigrezb1@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

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	
2023-08	2023-08	I	14/09/2023	70921858	$362.600	

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	145.000	0		0		0	9	1.500	0	146.500	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	185.600	0	0	0	0	9	1.900	0	187.500	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	28.300				28.300	9	300	28.600			283	28.600	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	145.000	146.500
Pensión	1	185.600	187.500
Riesgos Laborales	1	28.300	28.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	358.900	362.600

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	51994913	FLOR INES RODRIGUEZ BELTRAN	KRA 51 F BIS NO. 38 B 31 SUR	7240077	florrodrigrezb1@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

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	
2023-08	2023-08	I	14/09/2023	70921858	$362.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Beneficiario	Extranjero	Colombiano 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	51994913	RODRIGUEZ BELTRAN FLOR INES	57	0		N																		25-11	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS008	1.160.000	145.000	14-7	1.160.000	3	28.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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