| 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 | 15/02/2018 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0002 | |

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | BONILLA VILLANUEVA MARCO ANTONIO | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | x | C.E | | NO. | 5.819.867 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | marcohelios2@hotmail.com | | | | CELULAR: | 314 393 43 02 | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | UNIDAD DE KENENDY | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | IMÁGENES DIAGNOSTICAS | | | | SEDE: | Kennedy | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
| | KE10L06 | 70 | KE10A24 | 30 | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 4738 7016 5650 | | | | | | | | PENSIONADO | NO | | |

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

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 1790-2019 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 8 de 8 | | | |
| NÚMERO DE CDP | 1174 | FECHA | 29/08/2019 | NÚMERO DE CRP | | 38551 | FECHA | 31/08/2019 | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | El Médico Ginecólogo y Obstetra Ecografista obstétrico | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | | DIA | MES | AÑO | |
| | | 1 | Septiembre | 2019 | | | 30 | Septiembre | 2019 | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $22.080.000 | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | | RESERVA DE GLOSA 2% | | $0 | | | | | |

OBSERVACIONES: Para el mes de Agosto se realizaron actividades en:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Actividades de ecografia: | 276 | Horas | Valor: | 80.000 | Total 22.080.000 |
| | | | Total Actividades realizadas | | 22.080.000 |

**CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO**

| CONCEPTO | VALORES |
|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $145.182.888 |
| VALOR EJECUTADO | $145.182.888 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $22.080.000 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $0 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 100% |

**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 $ 2.070.290, 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% | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 37457933 | $8.832.000 | $1.104.000 | $1.413.120 | 3 | $215.148 | **$2.732.268** |

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de Septiembre del año Dos Mil Diez y Nueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Cordialmente,

DANNYS IVETH TEHERAN TURIZO
Directora Servicios Complementarios

BONILLA VILLANUEVA MARCO ANTONIO

| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | Versión | 2 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 03/04/2017 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0003 | |

| Ubicación del Servicio: | Imágenes Diagnosticas, Salas de Partos | | Sede: Unidad de Kennedy | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO: | 1790-2019 | Periodo certificado desde el | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año |
| | | | 1 | Septiembre | 2.019 | | 30 | Septiembre | 2.019 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | MARCO ANTONIO BONILLA VILLANUEVA | | C. C. | 5.819.867 | | DE | Ibagué | | |

**OBJETO DEL CONTRATO:**
**Prestar servicios Profesionales especializados a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Ginecología dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.**

**El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI _ X**

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| **a) Especificas.** Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad, Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes. | 100% | Toma de estudios ecográficos a los pacientes que lo requieran, para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad. | Estudio informado, firmado y verificado en el aplicativo de la Institución. |
| 1. Garantizar la calidad de los servicios ofrecidos (idoneidad humana, moral y técnica) y desarrollar las obligaciones que se generen directa e indirectamente del objeto contractual. | 100% | Toma de estudios ecográficos con idoneidad humana, moral y técnica | Estudio informado y verificado en el aplicativo de la Institución. |
| 2. Cumplir con las Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones, Circular de cualquier órgano externo o Reglamento Interno, Código o Directriz Interna de la E.S.E que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato. | 100% | Toma de estudios ecográficos idonaldad humana, moral y técnica | Estudio informado y verificado en el aplicativo de la Institución. |
| 3. Conocer y aplicar las políticas institucionales. | 100% | Adherencia a los protocolos de la institución | Aplicando los correctos al momento de la toma del estudio. |
| 4. Participar activamente en los procesos de acreditación, habilitación y sistema integrado de gestión que adelante la Subred, y apoyar estos procesos con la información y/o documentación que sea requerida, según el área a que corresponda. | 100% | Asistencia a las capacitaciones programadas por la Institución | Firmar formato de asistencia de capacitación. |
| 5. Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones del presente contrato, si a ello hubiere lugar. En los casos en los que aplique el CONTRATISTA autoriza con la firma del presente Contrato el descuento de los valores que se generen por glosas definitivas no subsanables aplicadas en contra de la E.S.E. y con ocasión del desarrollo de sus actividades. | 100% | Toma del estudio ecográfico verificando el RIS con la atención pertinente en el aplicativo de la institución. | Firma del RIS por el paciente. |
| 6. Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente Contrato, de acuerdo al Código del Buén Gobierno y Ética Institucional y/o Profesional. | 100% | Toma de estudios ecográficos idoneidad humana, moral y técnica | Estudio informado y verificado en el aplicativo de la Institución. |
| 7. Pagar sus aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los tiempos establecidos para tal fin. El incumplimiento de esta obligación o la falsedad en la misma será causal de terminación del contrato. | 100% | Entregar puntual de pago de aportes con la Certificación Mensual | Certificación Mensual |
| 8. Cumplir con la adherencia a las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales. | 100% | Adherencia a los protocolos de la institución | Aplicando los correctos al momento de la toma del estudio. |
| 9. Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos, documentos o bienes muebles entregados a título de préstamo para la ejecución de las actividades propias del objeto del presente contrato. En caso de incurrir el CONTRATISTA, en extravío, pérdida, destrucción o daño no proveniente del uso normal, de bienes entregados para el desarrollo de sus actividades, el CONTRATANTE queda autorizado para deducir de los saldos pendientes a favor del CONTRATISTA las sumas correspondientes como pago o reposición de los mismos. | 100% | Dar un adecuado uso de los equipos y elementos dados para la realización de las actividades. | Entrega de turno |
| 10. Ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones emitidas por los órganos externos, supervisor del contrato y/o directrices internas. | 100% | Adherencia a los instructivos y protocolos de la institución. | Leer y aplicar los instructivos y protocolos de la institución. |
| 11. Preparar y presentar conforme a su competencia los informes, solicitudes, peticiones y/o respuestas, requeridas por las entidades públicas o privadas; dentro de los términos de ley, garantizando la veracidad, oportunidad y confidencialidad de los mismos. | 100% | Asistencia a las capacitaciones programadas por la Institución | Firmar formato de asistencia de capacitación. |
| 12. Asistir y aprobar los procesos de actualización presenciales y virtuales, inducción y/o re-inducción, programados por el CONTRATANTE y por las entidades autorizadas por éste, con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades y obligaciones contractuales. | 100% | Asistencia a las capacitaciones programadas por la Institución | Firmar formato de asistencia de capacitación. |
| 13. Realizar todas aquellas actividades necesarias tendientes al cabal cumplimiento del objeto del negocio jurídico e informar de manera oportuna las dificultades que se presenten en la ejecución de las responsabilidades asignadas. | 100% | En el aplicativo de la Institución reportar los sucesos de seguridad del paciente oportunamente. | Reportar sucesos de Seguridad del Paciente de una firma oportuna. |
| 14. Compromiso a salvaguardar la imagen institucional. Cualquier actuación o pronunciamiento alguno que hiciere sin el conocimiento y consentimiento de la E.S.E, que comprometa el buen nombre la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. o de cualquiera de sus Unidades de Prestación de Servicios de Salud, será motivo de terminación del contrato. | 100% | Uso adecuado de la bata y elementos de identificación institucional, de la subred Sur occidente. | Uso adecuado de la bata y elementos de identificación Institucional, de la subred Sur occidente. |
| 15. En caso de ser designado supervisor de un contrato, realizar las gestiones necesarias tendientes al cabal cumplimiento técnico, administrativo y financiero del negocio jurídico enmendado, respondiendo fiscal, disciplinaria y penalmente por el manejo de los recursos y actividades que ello conlleve. | 100% | En caso de ser designado, cumplir a cabalidad con la asignación establecida. | En caso de ser designado, cumplir a cabalidad con la asignación establecida. |
| 16. El CONTRATISTA, cuando exista una necesidad fundamental en el marco de situaciones de emergencia donde tenga que intervenir el sector salud, debe garantizar la atención médica y apoyo a la misma al ser consecuencia lógica de la misión médica. | 100% | Adherencia a los instructivos y protocolos de la institución. | Leer y aplicar los instructivos y protocolos de la institución. |

| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | Versión | 2 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 03/04/2017 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0003 | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ubicación del Servicio:** | Imágenes Diagnosticas, Salas de Partos | | **Sede: Unidad de Kennedy** | | | | | | | |
| **No. DE CONTRATO:** | 1790-2019 | **Periodo certificado desde el** | **Día** | **Mes** | **Año** | **a** | **Día** | **Mes** | **Año** |
| | | | 1 | Septiembre | 2.019 | | 30 | Septiembre | 2.019 |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | MARCO ANTONIO BONILLA VILLANUEVA | | **C. C.** | 5.819.867 | | | **DE** | Ibagué | |

**OBJETO DEL CONTRATO:**
**Prestar servicios Profesionales especializados a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Ginecología dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.**

**El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ___ NO ___ Servicios: SI _ X**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 17. Una vez terminado el contrato, por terminación del plazo de ejecución o anticipadamente, el contratista se obliga a dar trámite de paz y salvo por todo concepto con la Entidad, el cual deberá allegar con la última cuenta de cobro, so pena de no certificar el último servicio recibido. | 100% | Diligenciamiento del formato de la institución si se requiere. | Firma del soporte |
| 18. Conocer, promover y aplicar las Normas de Gestión Ambiental y residuos hospitalarios, haciendo uso eficiente de los insumos puestos a su disposición, así como de los recursos de agua y energía y contribuir con el reciclaje. | 100% | Uso eficiente y adecuado de las normas de gestión ambiental y residuos hospitalarios de la institución. | Asistiendo a las capacitaciones dadas por la Institución. |
| 19. Cumplir con los planes de emergencia institucionales y normas del Sistema General de Riesgos Laborales procurando el cuidado integral de su salud, contando con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada e informando a la Subred Sur la ocurrencia de incidentes o accidentes durante la ejecución del contrato. | 100% | Adherencia a los instructivos y protocolos de la institución. | Leer y aplicar los instructivos y protocolos de la institución. |
| 20. Si el CONTRATISTA desarrolla actividades en los servicios ambulatorios, hospitalarios, urgencias y/o complementarios, como Médico, Médico Especialista, Odontólogo, Odontólogo Especialista, Profesional en Enfermería o Bacteriólogo, se obliga a constituir y mantener vigente Garantía o Póliza de Responsabilidad Civil Profesional para Profesiones Médicas y Profesionales de la Salud, expedida por entidad legalmente autorizada. | 100% | Adherencia a los instructivos y protocolos de la institución. | Leer y aplicar los instructivos y protocolos de la institución. |
| 21. Desarrollar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual | 100% | Asistencia a las capacitaciones programadas por la institución | Firmar formato de asistencia de capacitación. |

| | |
|---|---|
| MARCO ANTONIO BONILLA VILLANUEVA<br>C.C. 5.819.867 | DANNY STIVENTH TEHERAN TURIZO<br>DIRECTORA DE SERVICIO COMPLEMENTARIOS |

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

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 | 5819867 | MARCO ANTONIO BONILLA VILLANEVA | CR 8 A 151 49 | 3143934392 | marcohelio2@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 |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2019-08 | 2019-08 | I | 16/09/2019 | 37457933 | $2.820.800 | |

## 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 | | | | | |
| EPS010 | EPS Sura | 800088702-2 | 1.104.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 1.104.000 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | Proteccion (ING - Proteccion) | 800229739-0 | 1.413.200 | 0 | 0 | 44.200 | 44.200 | 0 | 0 | | 1.501.600 | 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 | 215.200 | | | | 215.200 | 0 | 0 | 215.200 | | | 2.152 | 215.200 | 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 | 1.104.000 | 1.104.000 |
| Pensión | 1 | 1.501.600 | 1.501.600 |
| Riesgos Laborales | 1 | 215.200 | 215.200 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 2.820.800 | 2.820.800 |

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 | 5819867 | MARCO ANTONIO BONILLA VILLANEVA | | CR 8 A 151 49 | 3143934392 | marcohelio2@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 |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2019-08 | 2019-08 | I | 16/09/2019 | 37457933 | $2.820.800 | |

## ETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Estacionado | INT | 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 |
| CC | 5819867 | BONILLA VILLANUEVA MARCO ANTONIO | 59 | 0 | | N | | | | | | X | | | | | | | | | | | 230201 | 8.832.000 | 1.413.200 | 0 | 0 | 44.200 | 44.200 | EPS010 | 8.832.000 | 1.104.000 | 14-11 | 8.832.000 | 3 | 215.200 | | 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 | 5819867 | MARCO ANTONIO BONILLA VILLANEVA | CR 8 A 151 49 | 3143934392 | marcohelio2@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 |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2019-08 | 2019-08 | I | 16/09/2019 | 37457933 | $2.820.800 | |

## 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 | | | | | |
| EPS010 | EPS Sura | 800088702-2 | 1.104.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 1.104.000 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 1.413.200 | 0 | 0 | 44.200 | 44.200 | 0 | 0 | | 1.501.600 | 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 | 215.200 | | | | 215.200 | 0 | 0 | 215.200 | | | 2.152 | 215.200 | 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 | 1.104.000 | 1.104.000 |
| Pensión | 1 | 1.501.600 | 1.501.600 |
| Riesgos Laborales | 1 | 215.200 | 215.200 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 2.820.800 | 2.820.800 |

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 | 5819867 | MARCO ANTONIO BONILLA VILLANEVA | CR 8 A 151 49 | 3143934392 | marcohello2@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 |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2019-08 | 2019-08 | I | 16/09/2019 | 37457933 | $2.820.800 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Semana | Sucursal | Extranjero | Colom. exterior | Residente | 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 |
| CC | 5819867 | BONILLA VILLANUEVA MARCO ANTONIO | 59 | 0 | | | N | | | | | | | X | | | | | | | | | | 230201 | 8.832.000 | 1.413.200 | 0 | 0 | 44.200 | 44.200 | EPS010 | 8.832.000 | 1.104.000 | 14-11 | 8.832.000 | 3 | 215.200 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

# RE INDUCCIÓN GENERAL 2019 : Vista: Usuario

Warning: Activity deletion in progress! Some grades are about to be removed.

# Usuario - MARCO ANTONIO BONILLA VILLANUEVA MARCO ANTONIO BONILLA VILLANUEVA

Informe general Usuario

| Ítem de calificación | Peso calculado | Calificación | Rango | Porcentaje | Retroalimentación | Aporta al total del curso |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **RE INDUCCIÓN GENERAL 2019** | | | | | | |
| Tema 1. Nuestra plataforma estratégica y sus elementos más importantes | 10.00 % | 0.00 | 0–100 | 0.00 % | | 0.00 % |
| PIC, Gestión del riesgo Individual y Servicio al Ciudadano | 10.00 % | 0.00 | 0–100 | 0.00 % | | 0.00 % |
| Gestión de la Calidad | 10.00 % | 0.00 | 0–100 | 0.00 % | | 0.00 % |
| Oficina de gestión del conocimiento, docencia e investigación | 10.00 % | 0.00 | 0–100 | 0.00 % | | 0.00 % |
| Gestión del Talento Humano | 10.00 % | 0.00 | 0–100 | 0.00 % | | 0.00 % |
| Gestión | 10.00 % | 0.00 | 0–100 | 0.00 % | | 0.00 % |

| Ítem de calificación | Peso calculado | Calificación | Rango | Porcentaje | Retroalimentación | Aporta al total del curso |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Recordemos como gestionamos la tecnología de las TIC`s y los documentos en la institución | 10.00 % | 0.00 | 0–100 | 0.00 % | | 0.00 % |
| Siguiendo las reglas | 10.00 % | 0.00 | 0–100 | 0.00 % | | 0.00 % |
| Oficina de Comunicaciones | 10.00 % | 0.00 | 0–100 | 0.00 % | | 0.00 % |
| Cuanto aprendiste??. Desarrollemos esta actividad y evaluemos cuanto apropiamos el contenido?? | 1.00 % | 10.00 | 0–10 | 100.00 % | | 1.00 % |
| Cuanto aprendiste??. Desarrollemos esta actividad y evaluemos cuanto apropiamos el contenido | 1.00 % | 8.00 | 0–10 | 80.00 % | | 0.80 % |
| Cuanto aprendiste??. Desarrollemos esta actividad y evaluemos cuanto apropiamos el contenido | 1.00 % | 8.00 | 0–10 | 80.00 % | | 0.80 % |
| Cuanto aprendiste??. Desarrollemos esta actividad y evaluemos cuanto apropiamos el contenido | 1.00 % | 10.00 | 0–10 | 100.00 % | | 1.00 % |

| Ítem de calificación | Peso calculado | Calificación | Rango | Porcentaje | Retroalimentación | Aporta al total del curso |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Cuanto aprendiste??. Desarrollemos esta actividad y evaluemos cuanto apropiamos el contenido | 1.00 % | 10.00 | 0–10 | 100.00 % | | 1.00 % |
| Cuanto aprendiste??. Desarrollemos esta actividad y evaluemos cuanto apropiamos el contenido | 1.00 % | 9.33 | 0–10 | 93.33 % | | 0.93 % |
| Cuanto aprendiste??. Desarrollemos esta actividad y evaluemos cuanto apropiamos el contenido | 1.00 % | 10.00 | 0–10 | 100.00 % | | 1.00 % |
| Cuanto aprendiste??. Desarrollemos esta actividad y evaluemos cuanto apropiamos el contenido | 1.00 % | 10.00 | 0–10 | 100.00 % | | 1.00 % |
| Cuanto aprendiste??. Desarrollemos esta actividad y evaluemos cuanto apropiamos el contenido | 1.00 % | 10.00 | 0–10 | 100.00 % | | 1.00 % |
| Realicemos este pretest y evaluemos en forma rápida cuanto conocemos nuestra Subred | 1.00 % | 10.00 | 0–10 | 100.00 % | | 1.00 % |