| | | |
|---|---|---|
| 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:** | 2024-05-01 | **Hasta:** | 2024-05-31 | |
| **Nombre del Contratista:** | WENDY YOJAIL CHIRI | | **Número de Documento:** | 452565 | |
| **Correo Electrónico:** | WCHIRI.IPS.HCO@GMAIL.COM | | **Número Telefónico:** | 3183696858 | |
| **Nombre del Supervisor:** | LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS | **Cargo:** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL | **Código - Grado:** | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 5854-2023 | **Año Contrato:** | 2023 | **CDP Contrato Inicial:** | 1393 |
| **Perfil:** | PROFESIONAL UNIVERSITARIO (TERRITORIOS) | | | | |
| **Dirección a la que Pertenece:** | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | | | | |
| **Unidad de Servicios:** | USS SANTA MARTA | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| Centro de Costos | Dirección | Unidad | Total | Procetaje(%) Centro de Costos |
|---|---|---|---|---|
| V07PI002 | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | USS SANTA MARTA | $7098352 | 99.7% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 7098352** | **SIETE MILLONES NOVENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOSPESOS** | | |

## EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio del Contrato** | | 2023-05-05 | | **Fecha de Terminación del Contrato Inicial** | 2023-06-30 |
| **No. Prorroga** | **Fecha Inicio** | **Fecha Terminación** | **No. Adición** | **Valor Adición** | **CDP** |
| 1 | 2023-06-01 | 2023-09-30 | 1 | $ 25924416 | 1788 |
| 2 | 2023-09-01 | 2023-10-31 | 2 | $ 8602894 | 2836 |
| 3 | 2023-10-01 | 2023-11-30 | 3 | $ 38578 | 3150 |
| 4 | 2023-11-01 | 2024-01-31 | 4 | $ 13135809 | 3495 |
| 5 | 2024-01-01 | 2024-02-15 | 5 | $ 9528766 | 232 |
| 6 | 2024-02-01 | 2024-03-31 | 6 | $ 10223170 | 609 |


***© Siasur - 2024***

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 7 | 2024-03-01 | 2024-05-31 | 7 | $ 13463722 | 873 |

| No. Cuenta Según el Mes Certificado | Mes Cuenta de Cobro | Valor a Pagar |
|---|---|---|
| 1 | MAYO | $ 4629360 |
| 2 | JUNIO | $ 7098352 |
| 3 | JULIO | $ 8352137 |
| 4 | AGOSTO | $ 7233375 |
| 5 | SEPTIEMBRE | $ 7214086 |
| 6 | OCTUBRE | $ 6076035 |
| 7 | NOVIEMBRE | $ 6423237 |
| 8 | DICIEMBRE | $ 7098352 |
| 9 | ENERO | $ 6230347 |
| 10 | FEBRERO | $ 6365370 |
| 11 | MARZO | $ 6056746 |
| 12 | ABRIL | $ 7098352 |
| 13 | MAYO | $ 7098352 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 7098352** | **$ 88015707** | **$ 86974101** | **$ 1041606** |

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | 1. Apoyar y atender en consulta a cada uno de los miembros del hogar que se encuentren en la vivienda durante la visita, independientemente de su régimen de afiliación. | -Se apoyó y atendió a cada integrante del hogar independientemente de su régimen de afiliación | -Se entregaron los formatos pertinentes individuales de atención de todo s los miembros del hogar atendido, incluida la historia clinica |
| 2 | 2. Realizar diariamente la corrección de los requisitos de calidad por el instrumento de validación establecido para los equipos de atención en casa. | -Se realizo la correcion oportuna según requisitos de calidad | -Se entregaron los documentos corregidos , según el caso, según correcciones realizadas por el instrumento de validacion |
| 3 | 3. Realizar la entregar al geógrafo los mapas o rutas de campo una vez finalizada la manzana o ruta asignada. | -Se realizo la entrega al geografo de mapas y rutas finalizadas | -Se entrego en físico la documentación correspondiente a mapas y rutas finalizadas |


***© Siasur - 2024***

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 4 | 4. Hacer recomendaciones de conductas a seguir, tras la realización de la consulta médica, de manera que afiliados a Entidades Administradoras de Planes de Beneficios diferentes a Capital Salud puedan conocer la recomendación médica que queda registrada en su Historia clínica y gestionar las atenciones sugeridas ante su aseguradora. | -Se realizaron recomendaciones en salud de manera individual al finalizar cada intervención | -Se entrego en físico el plan de cuidado al finalizar la intervención a los usuarios |
| 5 | 5. Organizar los soportes documentales de las acciones a su cargo siguiendo las directrices del sistema de gestión documental de la entidad, tales como consentimiento informado, planes de cuidado, órdenes médicas. | -Se organizaron los soportes documentales según directrices del sistema | -Se entrego en físico para archivo los soportes de acciones según el cargo |
| 6 | 6. Realizar el abordaje de los riesgos sociales y de salud de la familia con base en las preguntas que aparecen en el formulario de recolección de información y los identificados en la consulta diagnóstica (Historia Clínica Digital). | -Se realizo el abordaje de riesgos de salud para la familia según los formularios oficiales | -Se entrego la historia clínica digital con las acciones de abordaje en riesgos sociales y de salud identificados en la intervencion |
| 7 | 7. Realizar las actividades de acuerdo a lo establecido en la guía operativa vigente elaborada por la Secretaría Distrital de Salud y demás lineamientos que expida esta o la Subred Sur | -Se realizaron las actividades establecidas en la guía operativa vigente aprobada | -Se entregaron los soportes de todas las actividades realizadas según indicaciones de la guía operativa aprobada |
| 8 | 8. Realizar las actividades de acuerdo al esquema de operación definido para el sector rural. | -Se realizaron las actividades según el esquema de operación rural según la asignación | -Se entregaron los soportes de realización de actividades en el sector rural según programación asignada |
| 9 | 9. Realizar las mediciones y tamizajes necesarios para la identificación de riesgos en salud y la verificación de las condiciones de aseguramiento. | -Se realizaron las mediciones y tamizajes necesarios para la valoración en salud e identificación de riesgos | -Se entrego la información en historia clinica con tamizajes realizados e identificación de riesgos |
| 10 | 10. Referir mediante la plataforma del Sistema Integral de Referencia y Contrarreferencia-SIRC los requerimientos de atención que se identifiquen en población afiliada a EAPB diferentes a Capital Salud, para que desde allí se gestione la atención correspondiente. | -Se refirieron mediante plataforma SIRC a usuarios de otras EAPB según su requerimiento | -Se entrego el soporte de remisión por SIRC de cada usuario que asi lo requirio |
| 11 | 11. Registrar oportunamente la información pertinente en los instrumentos de control que establezca la entidad. | -Se registraron de forma oportuna en los instrumentos establecidos, toda la información de instrumentos de control | -Se entregaron los instrumentos de control establecidos con toda la información registrada en las actividades de valoracion |
| 12 | 12. Identifica eventos de interés en salud pública visibles en consulta (desnutrición, conducta suicida y violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual, enfermedades eruptivas, hepatitis, infección respiratoria aguda, etc.), el médico debe diligenciar y firmar la Ficha de Notificación Individual o de acuerdo con el protocolo establecido por el Instituto Nacional de Salud – INS (https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Fichas-y- Protocolos.aspx) y el sistema o subsistema de vigilancia correspondiente. | -Se realizaron las fichas de notificación de eventos en salud publica según el caso pertinente | -Se entrego anexo a historia clínica, según el caso, la ficha de notificación de evento en salud publica |


***© Siasur - 2024***

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 13 | 13. Registrar la consulta diagnóstica básica en la Historia Clínica Digital, refiriendo las conductas recomendadas, interconsulta o pruebas complementarias solicitadas, medicamentos formulados o pedidos para dispensación por parte de la Subred para afiliados a Capital Salud; esto exclusivamente para adultos mayores, personal en condición de discapacidad o dependencia y sus cuidadores familiares residentes en el hogar. | -Se registraron en la historia clínica, las formulas , remisiones e interconsultas según la necesidad del paciente | -Se entregaron las historias clínicas digitales con anexos de solicitudes según el caso en particular, como formulas, interconsultas y examenes |
| 14 | 14. Realizar Verificar que los integrantes de la familia, independientemente de su aseguramiento, accedan a las actividades individuales y familiares contempladas en la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, de acuerdo con los esquemas de atenciones individuales por momento de curso de vida. | -Se realizo la verificación para que todos los integrantes de la familia accedieran a las actividades de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud | -Se entrego el plan de actividades para que los integrantes de la familia accedieran a las actividades de la ruta de promocion y mantenimiento de la salud |
| 15 | 15.Dar cumplimiento a la ejecución de las obligaciones contenidas en este clausulado, de acuerdo a la matriz programática entregada por la Secretaría de Salud, realizando con calidad, pertinencia y oportunidad, el agendamiento, abordaje, visitas, valoración integral, planificación de la atención, seguimiento y monitoreo, a las poblaciones en los territorios priorizados. | -se dio cumplimiento a todas las actividades contractuales | -historias clinicas y aplicativo |


***© Siasur - 2024***

| INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Periodo al que corresponde el pago** | | **Fecha de Pago** | | | **Número de Planilla** | **Factura Electrónica** | **Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior** | $ 7098352 |
| **AÑO** | **MES** | **AÑO** | **MES** | **DÍA** | 77030019 | - | | |
| **2024** | **ABRIL** | **2024** | **05** | **10** | | | | |
| **Valor honorarios certificados el mes anterior en letras** | | | | | **SIETE MILLONES NOVENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOSPESOS** | | | |

| **Item** | | **Entidades Aportantes a Seguridad Social** | **Ingreso Base de Cotización** | **Valor Mínimo de los Aportes** | **Valor Aportado** |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | COLFONDOS | $ 2839341 | $ 454295 | **$ 454300** |
| Salud | | COMPENSAR | | $ 354918 | **$ 355000** |
| ARL | 3 | SEGUROS BOLIVAR | | $ 69166 | **$ 69200** |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 824034** | **$ 878500** |

| INFORMACIÓN DE PAGO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Entidad Bancaria** | BBVA COLOMBIA | **Tipo de Cuenta** | AHORROS | **Número de Cuenta** | 0563200138 |

| HISTÓRICO | | |
|---|---|---|
| **OBSERVACIÓN** | **USUARIO** | **FECHA** |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | WENDY YOJAIL CHIRI | 2024-05-25 20:00:55 |
| RECHAZADO SUPERVISOR | LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVERO | 2024-05-28 11:08:25 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | WENDY YOJAIL CHIRI | 2024-05-30 08:21:43 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVERO | 2024-05-30 08:56:13 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO | 2024-05-31 16:44:59 |
| INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA | CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA | 2024-06-17 14:39:03 |




***© Siasur - 2024***

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CE | 452565 | WENDY YOJAIL CHIRI | Crr 20 N 50 58 | 3183696858 | wchiri.ips.hco@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 |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2024-04 | 2024-04 | I | 10/05/2024 | 77030019 | $895.600 | |

## 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 | 355.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 355.000 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 231001 | Colfondos | 800227940-6 | 454.300 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 454.300 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-7 | Seguros Bolivar S.A. | 860002503-2 | 69.200 | | | | 69.200 | 0 | 0 | 69.200 | | | 692 | 69.200 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 17.100 | 0 | 0 | 17.100 | 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 | 355.000 | 355.000 |
| Pensión | 1 | 454.300 | 454.300 |
| Riesgos Laborales | 1 | 69.200 | 69.200 |
| CCF | 1 | 17.100 | 17.100 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 4 | 895.600 | 895.600 |

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 |
| CE | 452565 | WENDY YOJAIL CHIRI | | Crr 20 N 50 58 | 3183696858 | wchiri.ips.hco@gmail.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 | |
| 2024-04 | 2024-04 | I | 10/05/2024 | 77030019 | $895.600 | |

## 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 | 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 | CE | 452565 | CHIRI WENDY YOJAIL | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | X | | | | | | | | 231001 | 2.839.341 | 454.300 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 2.839.341 | 355.000 | 14-7 | 2.839.341 | 3 | 69.200 | CCF24 | 2.839.341 | 17.100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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


Detalle de notificación
Para tu pago PSE genera un Token digital
$895,600.00
2024-05-09, 18:38 h
Eliminar
Descripción
Estás realizando un pago en PSE por $895,600.00 en BBVA Net, para confirmar la operación, genera un token digital en el menú lateral de tu App BBVA, sección Token Digital.
No compartas este código, digítalo tú mismo en BBVA Net y úsalo solo para confirmar el pago en PSE
Categoría
Avisos de seguridad
Tipo de Notificación
Para tu pago PSE genera un Token digital
Fecha
2024-05-09

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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | CUENTA MAYO CTO 5854-2023.pdf | CUENTA MAYO CTO 5854-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA JUNIO CTO 5854-2023.pdf | CUENTA JUNIO CTO 5854-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA JULIO CTO 5854-2023 (1).pdf | CUENTA JULIO CTO 5854-2023 (1).pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA AGOSTO CTO 5854-2023.pdf | CUENTA AGOSTO CTO 5854-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA SEPTIEMBRE CTO 5854-2023.pdf | CUENTA SEPTIEMBRE CTO 5854-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA OCTUBRE CTO 5854-2023.pdf | CUENTA OCTUBRE CTO 5854-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA NOVIEMBRE CTO 5854-2023.pdf | CUENTA NOVIEMBRE CTO 5854-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DICIEMBRE CTO 5854-2023.pdf | CUENTA DICIEMBRE CTO 5854-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA ENERO CTO 5854-2023.pdf | CUENTA ENERO CTO 5854-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA FEBRERO CTO 5854-2023 (2).pdf | CUENTA FEBRERO CTO 5854-2023 (2).pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA MARZO CTO 5854-2023.pdf | CUENTA MARZO CTO 5854-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA ABRIL CTO 5854-2023.pdf | CUENTA ABRIL CTO 5854-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CE | 452565 | WENDY YOJAIL CHIRI | Crr 20 N 50 58 | 3183696858 | wchiri.ips.hco@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 |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2024-05 | 2024-05 | I | 29/05/2024 | 77425940 | $895.600 | |

## 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 | 355.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 355.000 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 231001 | Colfondos | 800227940-6 | 454.300 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 454.300 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-7 | Seguros Bolivar S.A. | 860002503-2 | 69.200 | | | | 69.200 | 0 | 0 | 69.200 | | | 692 | 69.200 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 17.100 | 0 | 0 | 17.100 | 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 | 355.000 | 355.000 |
| Pensión | 1 | 454.300 | 454.300 |
| Riesgos Laborales | 1 | 69.200 | 69.200 |
| CCF | 1 | 17.100 | 17.100 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 4 | 895.600 | 895.600 |

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 |
| CE | 452565 | WENDY YOJAIL CHIRI | | Crr 20 N 50 58 | 3183696858 | wchiri.ips.hco@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

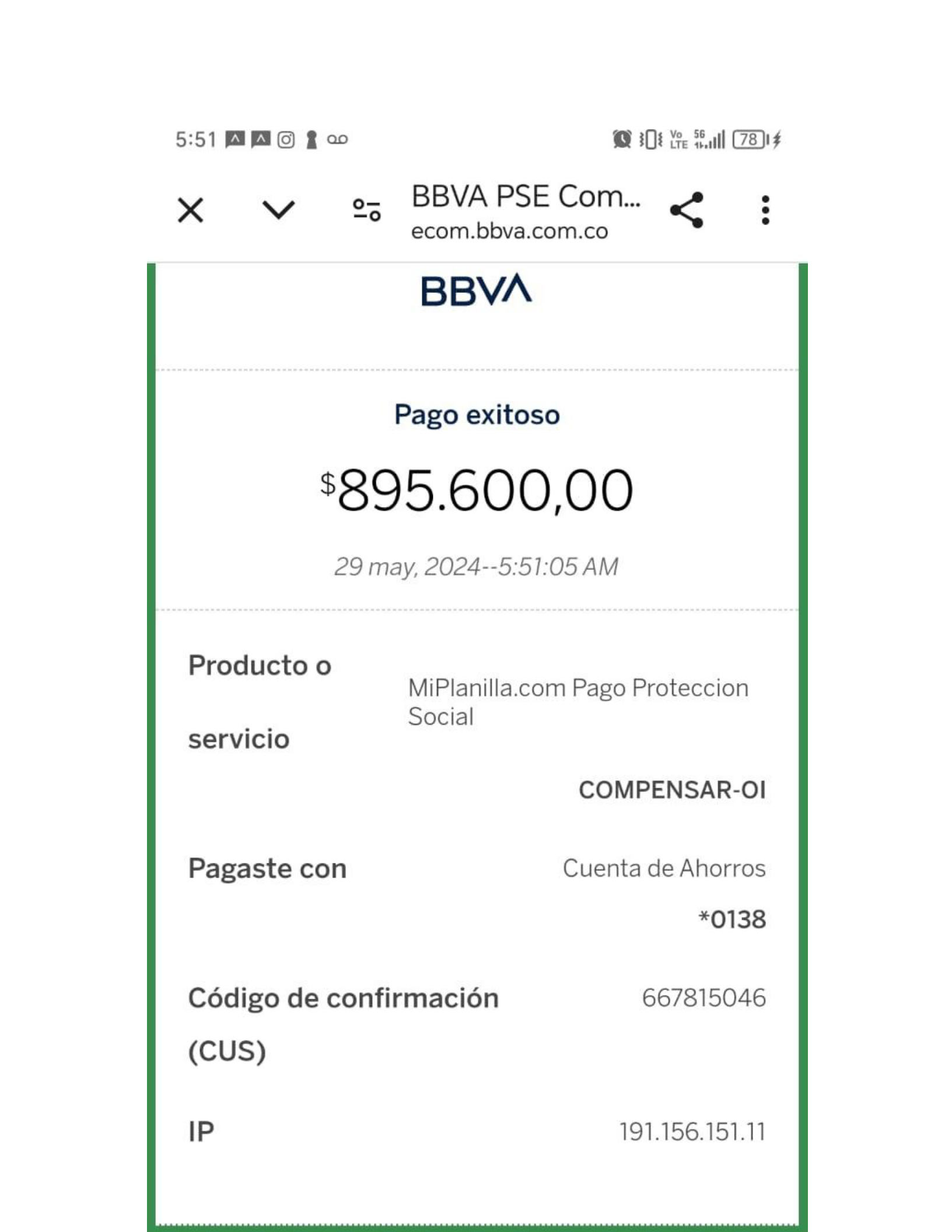
| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2024-05 | 2024-05 | I | 29/05/2024 | 77425940 | $895.600 | |

## 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 | 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 | CE | 452565 | CHIRI WENDY YOJAIL | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | X | | | | | | | | 231001 | 2.839.341 | 454.300 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 2.839.341 | 355.000 | 14-7 | 2.839.341 | 3 | 69.200 | CCF24 | 2.839.341 | 17.100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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


5:51
BBVA PSE Com...
ecom.bbva.com.co
BBVA
Pago exitoso
$895.600,00
29 may, 2024--5:51:05 AM
Producto o servicio
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
COMPENSAR-OI
Pagaste con
Cuenta de Ahorros
*0138
Código de confirmación (CUS)
667815046
IP
191.156.151.11