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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE
900959048

Fecha: lunes, 8 de julio de 2024

CUENTA POR PAGAR

Consecutivo: 423739 **Factura:** CTO6402024JUNIO **Estado:** Confirmado
Tercero: Cédula de ciudadanía - 52504067 - FRANCI ANGELICA BABATIVA BELLO
Proveedor: 52504067 - FRANCI ANGELICA BABATIVA BELLO
Fecha del documento: 30/06/2024 **Fecha de la cuenta por pagar:** 30/06/2024
Plazo: 0 días **Fecha de vencimiento:** 30/06/2024
Cuenta contable: 249055006 - Servicios - ADMINISTRATIVOS
Centro de costos:
Observaciones: CTO6402024JUNIO
Valor: $ 6.650.232,00
Valor: SEIS MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA MIL DOSCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Documento: 640 **Documento Final:** CTO 640
Compromiso: CTO 640-2024 PROFESIONAL ESPECIALIZADO IV

CONCEPTOS

Concepto		Cuenta	Tercero	Centro de costos	Naturaleza	Valor
0097	Servicios - OPS	511180001 - Servicios - OPS	52504067 - FRANCI ANGELICA BABATIVA BELLO	SU37R20 - ADM DIRECCION FINANCIERA SEDE ADMINISTRATIVA ASDINGO	Debito	$ 6.715.100,00
			Base		Valor Facturado	
0037	Actividades de Servicios - 9.66 por mil	243627003 - Actividades de Servicios - 9.66 por mil	52504067 - FRANCI ANGELICA BABATIVA BELLO		Credito	$ 64.868,00
	26 - ICA Actividades de servicios 9.66 por mil		Base $ 6.715.100,00		Valor Facturado $ 6.715.100,00	

CUOTAS

Nº Cuota	Fecha de vencimiento	Valor
1	30/06/2024	$ 6.650.232,00

Presupuesto

Tesoreria

Contabilidad-Cuentas por Pagar

Ordenador del Gasto

OBLIGACION

Consecutivo : 33635

Estado : Confirmado

Fecha : 30/06/2024

Tercero: 52504067 FRANCI ANGELICA BABATIVA BELLO

Documento: CTO6402024JUNIO

Detalle : CTO6402024JUNIO

RUBROS

Disponibilidad	Compromiso/Reserva	Código	Nombre	Recurso	Tipo de Gasto	Valor	Debito	Credito	Total Final
227	13135	4212020200901	HONORARIOS	01 - RECURSOS PROPIOS	01 - FUNCIONAMIENTO	$ 1,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 1,00
1119	24386	4212020200901	HONORARIOS	01 - RECURSOS PROPIOS	01 - FUNCIONAMIENTO	$ 3.357.551,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 3.357.551,00
1364	34114	4212020200901	HONORARIOS	01 - RECURSOS PROPIOS	01 - FUNCIONAMIENTO	$ 3.357.548,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 3.357.548,00
					Total Obligacion :	**$ 6.715.100,00**			**$ 6.715.100,00**

Nombre reporte : PSRPGObligacion

Elaboró:1012405932

Usuario: 51595637

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE] NIT [900959048-4]

423739

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.		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:	FRANCI ANGELICA BABATIVA BELLO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52.504.067							
CORREO ELECTRONICO:	manuelababativa@htomail.com				CELULAR:	3144320422							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: UPA 11 PUENTE ARANDA					ASDINCGO								
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	DIRECCION FINANCIERA				SEDE:	ASDINCGO							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	SU37R20	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	8480299034								PENSIONADO	No			

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	**640-2024**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		**5**	
NÚMERO DE CDP	**1119**	**FECHA**	**25/04/2024**	**NUMERO DE CRP**	24386	**FECHA**	30/04/2024
NÚMERO DE CDP	**1364**	**FECHA**	**30/05/2024**	**NUMERO DE CRP**	34114	**FECHA**	07/06/2024
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales especializados a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Financiera 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.						

PERIODO CERTIFICADO:	**DESDE**	DIA	MES	AÑO	**HASTA**	DIA	MES	AÑO
		1	**6**	**2024**		**30**	**6**	**2024**
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	**$6.715.100**							
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 2%			N/A			

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$40.290.603
VALOR EJECUTADO	$33.575.503
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$6.715.100
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$6.715.100
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	83%

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 $**2.271.315**, 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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
77594600	$4.242.361	$530.300	$678.800	3	$103.400	**$1.312.500**

Dado en Bogotá en el mes de ABRIL del año 2024 . Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Angélica Babativa Bello

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	1/07/2020	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	DIRECCIÓN FINANCIERA									
			Sede: UPA 11							
No. DE CONTRATO:		Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	
			1	6	2.024		30	6	2.024	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	FRANCI ANGELICA BAABTIVA BELLO		C. C.		52.504.067		DE		BOGOTÁ	

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como XXXXXXX de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI ___ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Prestar Asesoria Juridica en el Procedimiento administrativo del cobro coactivo de las obligaciones economicas a cargo de las EPS y a favor de la SUBRED Sur, proyectando el oficio remisorio para solicitar apertura de proceso coactivo de personas naturales y juridicas.		Revisión y analisis de la cartera objeto de hallazgo fiscal con el fin de planear estrategias de cobro	EN AGILSALUD Y CORREO ELECTRONICA SE EVIDENCIA
2. Analizar la cartera sujeta para cobro prejuridico y juridico.		Revisión de los oficios expedidos por la oficina de cartera con destino a los diferentes pagadores	EN AGILSALUD Y CORREO ELECTRONICA SE EVIDENCIA
3. Acompañar la estructuracion de expedientes para iniciar los procesos a que haya lugar a nivel pre juridico ante la Superintendencia Nacional de Salud y procuraduria.		Elaboración de oficios a EPS informando sobre el acatamiento de una medida de embargo allegada a capital salud acerca de una demanda iniciada contra el Hospital de Fontibón en el año 2012.	EN AGILSALUD Y CORREO ELECTRONICA SE EVIDENCIA
4. Apoyar los procesos que se requieran de los expedientes tanto coactivos como jurisdiccionales.		Asistencia a reunión con el fin de concluir acciones para recuperación de la cartera de la Aseguradora Seguros de Estado	EN AGILSALUD Y CORREO ELECTRONICA SE EVIDENCIA
5. Acompañar al Lider de Cartera en el cobro de la misma.		Revisión y analisis de la cartera objeto de cobro para adelantar gestión persuasiva	EN AGILSALUD Y CORREO ELECTRONICA SE EVIDENCIA
6. Apoyar en los oficios de cobro previos al inicio del cobro juridico para garantizar exito en la gestion de recaudo.		Elaboración de las modificaciones al manual de gestión de ingresos	EN AGILSALUD Y CORREO ELECTRONICA SE EVIDENCIA
7. Emitir conceptos de prescripcion de facturas, asi como vencimientos de las mismas para los expedientes.		Revisión de la solicitud de conciliación allegada por COMPENSAR con respecto de un proceso de cobro coactivo que se inició contra la Subred	EN AGILSALUD Y CORREO ELECTRONICA SE EVIDENCIA
8. Revisar los expedientes que se generen de la depuracion de la cartera de acuerdo a la norma. 9. Apoyar todas las actividades necesarias para la recuperacion de la cartera y aumento del recaudo. 10.Acompañar si se requiere para la elaboracion de las Resoluciones Moratorias, Mandamientos de pago , decretar embargos , resolver excepciones y demas actos administrativos y actuaciones juridicas que conlleva dicho proceso hasta llegar a la terminacion del Proceso o pago de la obligacion. 11. Acompañamiento para la respuesta a recursos, tutelas y demas actuaciones derivadas del proceso coactivo. 12. Apoyar con conceptos juridicos los procesos de depuracion de las partidas de cuentas por cobrar de venta de servicios y otros deudores		Revisión de oficio con destino al ADRES expedido por cuentas medicas para aclaración de facturas y auditoria. Revisión de documentos y construcción de expedientes de conciliación a radicar ante la SUperintendencia Nacional de Salud. RESPUESTA A SOLICITUD DE ENVIO MANUAL DE GESTION DE INGRESOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ORIENTE E.S.E. a la EPS COMPENSAR. Revisión de las certificaciones financiera elaboradas por los ejecutivos de cartera con el fin de adelantar solicitudes de conciliación ante la Superintendencia Nacional de Salud. Asistencia a mesa de trabajo con la oficina juridica con el fin de analizar cambios al manual de gestión de ingresos. Revisión de la normatividad contenida en el manual de gestión de ingresos con el fin de analizar su vigencia y aplicación y revisión de nuevas normas. Elaboración de proyecto de acuerdo para aprobar nuevo manual de gestión de ingresos	EN AGILSALUD Y CORREO ELECTRONICA SE EVIDENCIA

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): SEIS MILLONES SETECIENTOS QUINCE MIL CIEN PESOS MCTE, ($6.715.100)

Angelica Bubativa B.

NOMBRE COMPLETO,CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

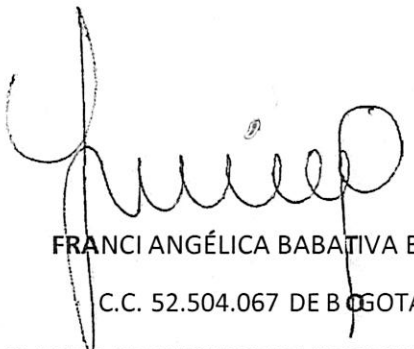
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

FRANCI ANGÉLICA BABATIVA BELLO

C.C.S2.S04.067 DE BOGOTA

La suma de $ 6.715.100, por concepto de: Prestación de servicios en el área de Financiera con el cargo de Profesional Especializado IV en la sede UPA 11 durante el periodo de 1 al 30 de junio de 2024, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 640-2024

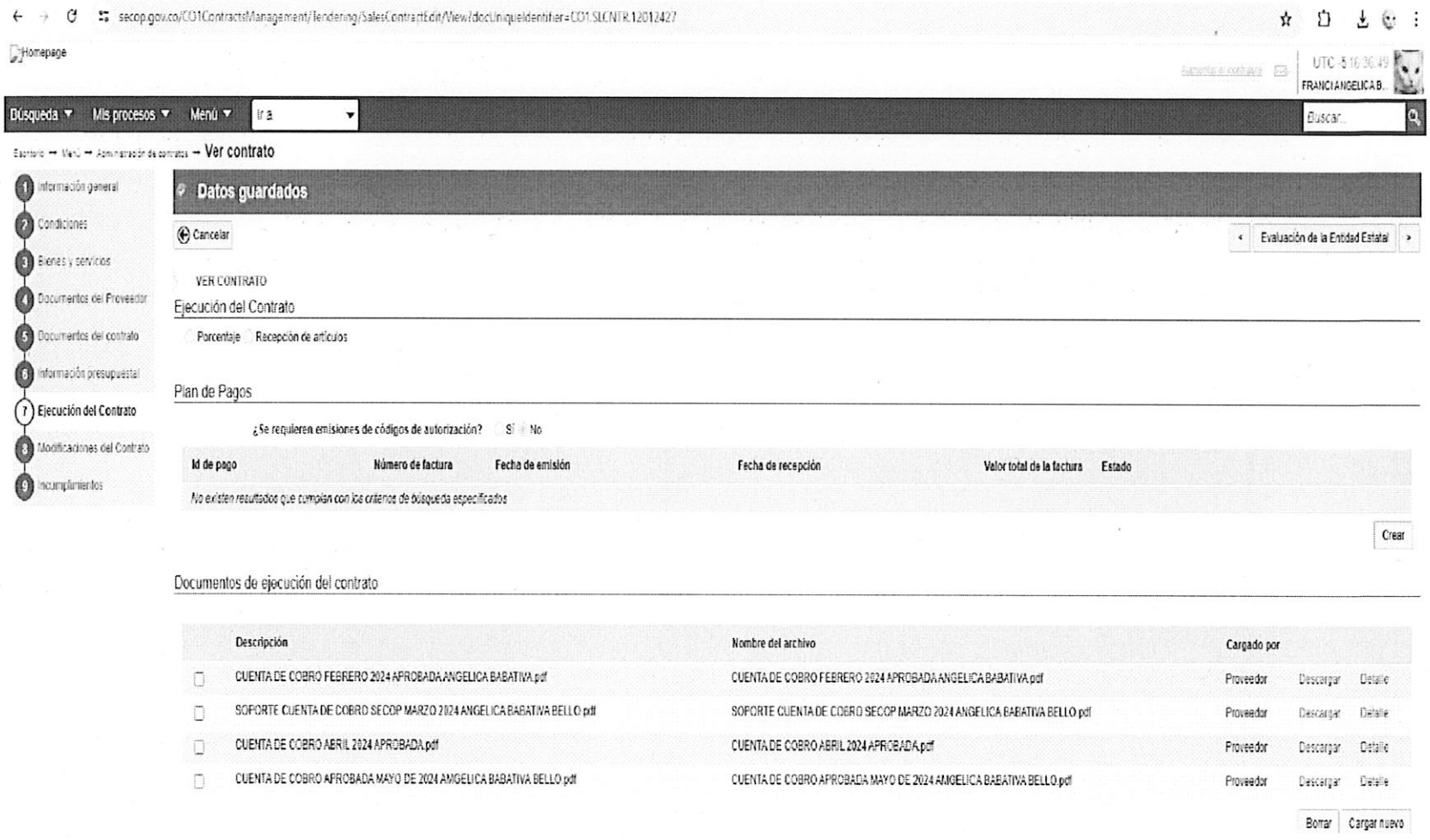


FRANCI ANGÉLICA BABATIVA BELLO

C.C. 52.504.067 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 8480299034


secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.12012427
Homepage
FRANCI ANGELICA B..
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Ver contrato
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 DE COBRO FEBRERO 2024 APROBADA ANGELICA BABATIVA.pdf
CUENTA DE COBRO FEBRERO 2024 APROBADA ANGELICA BABATIVA.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
SOPORTE CUENTA DE COBRO SECOP MARZO 2024 ANGELICA BABATIVA BELLO.pdf
SOPORTE CUENTA DE COBRO SECOP MARZO 2024 ANGELICA BABATIVA BELLO.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
CUENTA DE COBRO ABRIL 2024 APROBADA.pdf
CUENTA DE COBRO ABRIL 2024 APROBADA.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
CUENTA DE COBRO APROBADA MAYO DE 2024 ANGELICA BABATIVA BELLO.pdf
CUENTA DE COBRO APROBADA MAYO DE 2024 ANGELICA BABATIVA BELLO.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo

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	52504067	FRANCI ANGELICA BABATIVA BELLO		CRA 69 A No. 24-36SUR	4560582	manuelababativa@hotmail.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	
2024-05	2024-05	I	12/06/2024	77594600	$1.231.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	530.300	0		0		0	0	0	0	530.300	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	678.800	0	0	0	0	0	0		678.800	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	22.200				22.200	0	0	22.200			222	22.200	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	530.300	530.300
Pensión	1	678.800	678.800
Riesgos Laborales	1	22.200	22.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.231.300	1.231.300

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	52504067	FRANCI ANGELICA BABATIVA BELLO	CRA 69 A No. 24-36SUR	4560582	manuelababativa@hotmail.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	
2024-05	2024-05	I	12/06/2024	77594600	$1.231.300	

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	Exonerado	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	52504067	BABATIVA BELLO FRANCI ANGELICA	59	0			N																	25-14	4.242.361	678.800	0	0	0	0	EPS002	4.242.361	530.300	14-11	4.242.361	1	22.200		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	52504067	FRANCI ANGELICA BABATIVA BELLO	CRA 69 A No. 24-36SUR	4560582	manuelababativa@hotmail.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	
77594600	12/06/2024	N	02/07/2024	78345340	EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2024-05	2024-05				TOTAL A PAGAR	
					$82.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					

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

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	81.200				81.200	13	900	82.100			812	82.100	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	13	0	0	0
ICBF				
0	13	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	0	0	0
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	81.200	82.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	81.200	82.100

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52504067	FRANCI ANGELICA BABATIVA BELLO	CRA 69 A No. 24-36SUR	4560582	manuelababativa@hotmail.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	
77594600	12/06/2024				EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2024-05	2024-05	N	02/07/2024	78345340	TOTAL A PAGAR	
					$82.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colsanre	Subtipo	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	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	52504067	BABATIVA BELLO FRANCI ANGELICA	59	0			N																	25-14	4.242.361	678.800	0	0	0	0	EPS002	4.242.361	530.300	14-11	4.242.361	3	103.400			0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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