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:**	2024-10-01	**Hasta:**	2024-10-15	
Nombre del Contratista:	EVELYN DANIELA GALINDO CARDENAS		**Número de Documento:**	1000154743	
Correo Electrónico:	evelyndanielagc@gmail.com		**Número Telefónico:**	3202951463	
Nombre del Supervisor:	SANDRA PATRICIA AMADO REYES	**Cargo:**	PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5428-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	1428
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 PIC				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	SALUD PÚBLICA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
K29PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	92	0	21729	$1999068	93.8%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 1999068**	**UN MILLON NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL SESENTA Y OCHOPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2024-06-01		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2024-07-31
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2024-07-01	2024-09-15	1	$ 3998136	1918
2	2024-09-01	2024-10-15	2	$ 3998136	2358

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	JUNIO	$ 1999068
2	JULIO	$ 3998136

© Siasur - 2024

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
3	AGOSTO	$ 3998136
4	SEPTIEMBRE	$ 3998136

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7996272	**$ 15992544**	**$ 13993476**	**$ 1999068**

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. dar cumplimiento a los objetivos y metas establecidas en el plan de cuidado escolar del entorno educativo	SE REALIZAN LAS SESIONES EDUCATIVAS PARA CUMPLIR LA META DE LOS PRIMEROS 15 DIAS DEL MES DE OCTUBRE QUE CORRESPONDEN A 27 SESIONES COLECTIVAS REFERENTES A LA ESTRATEGIA SINTONIZARTE DEL ESPACIO EDUCATIVO EN LAS LOCALIDADES DE CIUDAD BOLIVAR, USME Y TUNJUELITO	DILIGENCIAMIENTO DE CRONOGRAMA, TABLERO DE CONTROL, REVISIONDE BASES DE DATOS Y SOPORTES EN FÍSICO
2	2. programar y desarrollar sesiones educativas en salud sexual y reproductiva de acuerdo a la metodologia y contenido tematico del ciclo de formacion educativa segun al grado escolar, edades, cursos y caracteristicas del desarrollo humano mediante la intervencion.	DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS SESIONES EDUCATIVAS REFERENTES A LA ESTRATEGIA SINTONIZARTE DEL ENTORNO EDUCATIVO SE BRINDA EDUCACION EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA TENIENDO EN CUENTA EL CICLO DE FORMACION EDUCATIVA	DILIGENCIAMIENTO DE CRONOGRAMA, TABLERO DE CONTROL, REVISIONDE BASES DE DATOS Y SOPORTES EN FISICO.
3	3. fomentar habitos saludables en niños, niñas y adolescentes mediante la educacion en salud sexual y reproductiva.	DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS SESIONES EDUCATIVAS REFERENTES A LA ESTRATEGIA SINTONIZARTE DEL ENTORNO EDUCATIVO SE BRINDA EDUCACION EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA TENIENDO EN CUENTA EL CICLO DE FORMACION EDUCATIVA	DILIGENCIAMIENTO DE CRONOGRAMA, TABLERO DE CONTROL, REVISIONDE BASES DE DATOS Y SOPORTES EN FISICO.
4	4. realizar la identificacion, caracterizacion, seguimiento y activacion de rutas frente al estado de la gestante y/o lactante.	NO SE DESARRROL LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	NO SE DESARRROL LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO
5	5. recibir la canalizacion de los casos identificados por los diferentes entornos para direccionarlos a los procesos del espacio educativo.	NO SE DESARRROL LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	NO SE DESARRROL LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO
6	6. registrar la informacion de la gestion efectuada en el aplicativo sirc.	NO SE DESARRROL LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	NO SE DESARRROL LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO
7	7. verificar y remitir al componente correspondiente los casos de esquema de vacunacion incompleto o sin vacuna (plan ampliado de inmunizacion -pai) en el entorno educativo.	NO SE DESARRROL LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	NO SE DESARRROL LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO
8	8. diligenciar los formatos de recoleccion de la informacion establecidos en el lineamiento y/o institucional.	SE REALIZA DIARIAMENTE EL DILIGENCIAMIENTO DE LOS FORMATOS DE RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN SEGÚN EL LINEAMIENTO INSTITUCIONAL Y SEGÚN SEA EL CASO	DILIGENCIAMIENTO DE CRONOGRAMA, TABLERO DE CONTROL, REVISIONDE BASES DE DATOS Y SOPORTES EN FISICO.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
9	9. garantizar la entrega de los soportes con el fin de sistematizar la informacion recolectada en las diferentes herramientas y/o aplicativos establecidos para tal fin.	SE REALIZA DIARIAMENTE EL DILIGENCIAMIENTO DE LOS FORMATOS DE RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN SEGÚN EL LINEAMIENTO INSTITUCIONAL Y SEGÚN SEA EL CASO, ASI MISMO, LA ENTREGA OPORTUNA DE CADA UNO DE LOS SOPORTES SOLICITADOS.	DILIGENCIAMIENTO DE CRONOGRAMA, TABLERO DE CONTROL, REVISION DE BASES DE DATOS Y SOPORTES EN FISICO
10	10. fomentar habitos saludables en niños, niñas y adolescentes mediante la educacion en salud alimentaria	DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS SESIONES EDUCATIVAS REFERENTES A LA ESTRATEGIA SINTONIZARTE DEL ENTORNO EDUCATIVO SE BRINDA EDUCACION EN HABITOS SALUDABLES EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES MEDIANTE LA EDUCACION EN SALUD ALIMENTARIA TENIENDO EN CUENTA EL CICLO DE FORMACION EDUCATIVA	DILIGENCIAMIENTO DE CRONOGRAMA, TABLERO DE CONTROL, REVISION DE BASES DE DATOS Y SOPORTES EN FÍSICO
11	11. entregar de manera oportuna las actividades, productos e informes obtenidos y segun indicaciones tecnicas.	SE REALIZA DIARIAMENTE EL DILIGENCIAMIENTO DE LOS FORMATOS DE RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN SEGÚN EL LINEAMIENTO INSTITUCIONAL Y SEGÚN SEA EL CASO, ASI MISMO, SE PRESENTAN LOS INFORMES OPORTUNAMENTE.	DILIGENCIAMIENTO DE CRONOGRAMA, TABLERO DE CONTROL, REVISIONDE BASES DE DATOS Y SOPORTES EN FISICO.
12	12. presentar los informes acordes con los atributos de calidad, oportunidad y veracidad.	DILIGENCIAMIENTO DE LOS FORMATOS DE RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN SEGÚN EL LINEAMIENTO INSTITUCIONAL Y SEGÚN SEA EL CASO, ASI MISMO, SE PRESENTAN LOS INFORMES OPORTUNAMENTE, GARANTIZANDO CALIDAD, OPORTUNIDAD Y VERACIDAD.	DILIGENCIAMIENTO DE CRONOGRAMA, TABLERO DE CONTROL, REVISIÓN DE BASES DE DATOS Y SOPORTES EN FISICO.
13	13. organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervencion conforme a los lineamientos del proceso de gestion documental.	SE REALIZA DIARIAMENTE EL DILIGENCIAMIENTO DE LOS FORMATOS DE RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN SEGÚN EL LINEAMIENTO INSTITUCIONAL Y SEGÚN SEA EL CASO, ASI MISMO, SE ORGANIZA Y SE ENTREGA EL ARCHIVO CORRESPONDIENTE OPORTUNAMENTE	DILIGENCIAMIENTO DE CRONOGRAMA, TABLERO DE CONTROL, REVISIONDE BASES DE DATOS Y SOPORTES EN FISICO
14	14. informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos.	SE MANTIENE EN CONSTANTE COMUNICACION CON LA LIDER DE APOYO ACERCA DE CADA UNO DE LOS PROCESOS LLEVADOS A CABO	SE MANTIENE EN CONSTANTE COMUNICACION CON LA LIDER DE APOYO ACERCA DE CADA UNO DE LOS PROCESOS LLEVADOS A CABO
15	15. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	SE REALIZAN LAS ACTIVIDADES SOLICITADAS POR LAS LIDERES DE APOYO.	SE REALIZAN LAS ACTIVIDADES SOLICITADAS POR LAS LIDERES DE APOYO.

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	$ 3998136
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	80951976	-		
2024	**SEPTIEMBRE**	**2024**	**10**	**18**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					**TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CIENTOTREINTA Y SEISPESOS**			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 1599254	$ 255881	**$ 257400**
Salud		SALUD TOTAL		$ 199907	**$ 201200**
ARL	3	SURA		$ 38958	**$ 39300**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 464136**	**$ 497900**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	RED MULTIBANCA COLPATRIA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	4682027618

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	EVELYN DANIELA GALINDO CARDENAS	2024-10-18 08:00:25
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	EVELYN DANIELA GALINDO CARDENAS	2024-10-18 13:04:46
ACEPTADO SUPERVISIÓN	SANDRA PATRICIA AMADO REYES	2024-10-18 13:39:10
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2024-10-21 10:03:54

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)
NOTA: La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo **SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

SANDRA PATRICIA AMADO REYES
PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)

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	1000154743	EVELYN DANIELA GALINDO CARDENAS	calle 36 sur # 72 j 38	32029514	evelyndanielagc@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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-10	I	18/10/2024	81042713	$247.500	

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	100.000	0		0		0	0	0	0	100.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	128.000	0	0	0	0	0	0		128.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	19.500				19.500	0	0	19.500			195	19.500	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	100.000	100.000
Pensión	1	128.000	128.000
Riesgos Laborales	1	19.500	19.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	247.500	247.500

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	1000154743	EVELYN DANIELA GALINDO CARDENAS	calle 36 sur # 72 j 38	32029514	evelyndanielagc@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

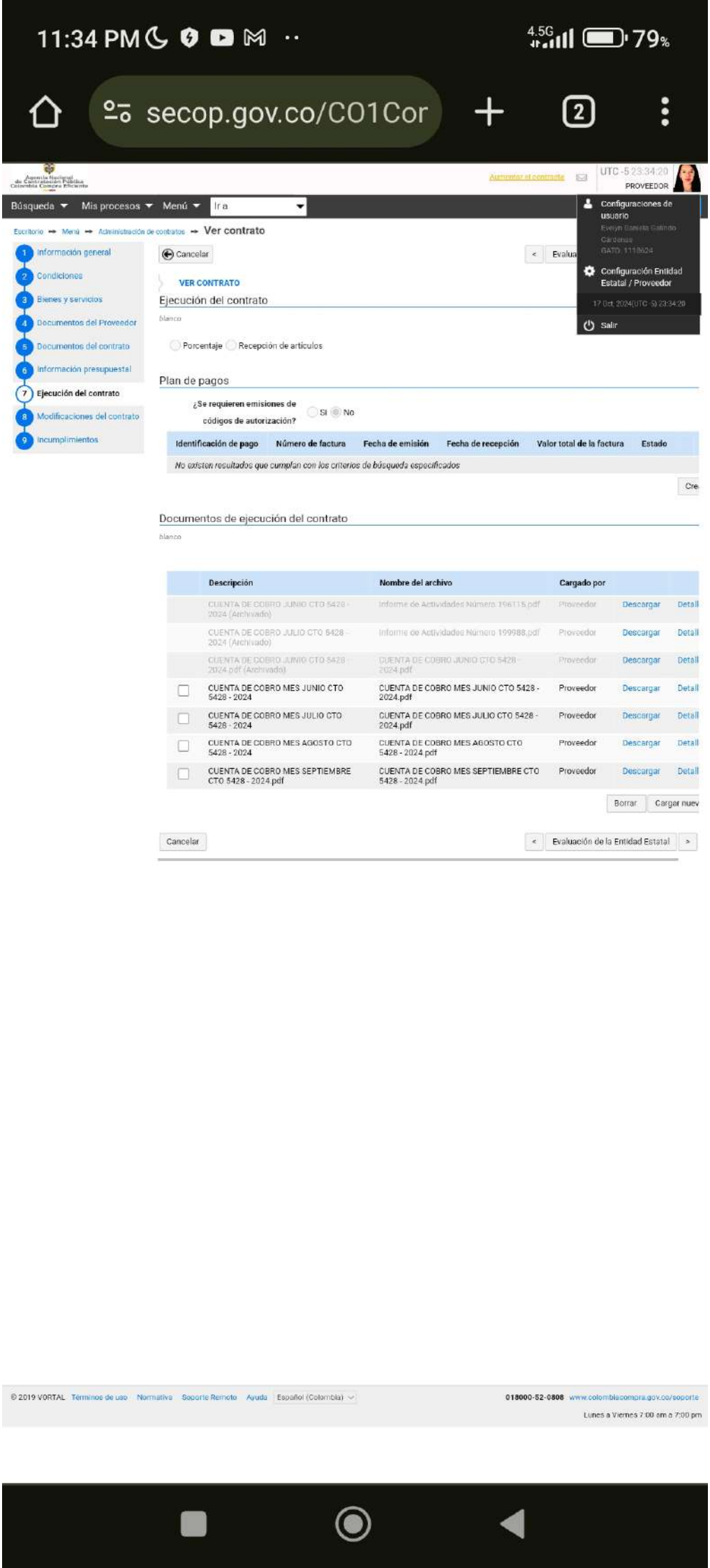
DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-10	I	18/10/2024	81042713	$247.500	

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	CC	1000154743	GALINDO CARDENAS EVELYN DANIELA	59	0			N		X															25-14	799.650	128.000	0	0	0	0	EPS002	799.650	100.000	14-11	799.650	3	19.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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


11:34 PM
4.5G
79%
secop.gov.co/CO1Cor
Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 23:34:20
PROVEEDOR
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Configuraciones de usuario
Evelyn Daniela Galindo Cárdenas
GATO. 1118624
Configuración Entidad Estatal / Proveedor
17 Oct, 2024(UTC -5) 23:34:20
Salir
Escritorio ➡ Menú ➡ Administración de contratos ➡ 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
Cancelar
VER CONTRATO
Ejecución del contrato
blanco
Porcentaje
Recepción de artículos
Plan de pagos
¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?
Si
No
Identificación 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
Documentos de ejecución del contrato
blanco
Descripción
Nombre del archivo
Cargado por
CUENTA DE COBRO JUNIO CTO 5428 - 2024 (Archivado)
Informe de Actividades Número 196115.pdf
Proveedor
Descargar
Detail
CUENTA DE COBRO JULIO CTO 5428 - 2024 (Archivado)
Informe de Actividades Número 199988.pdf
Proveedor
Descargar
Detail
CUENTA DE COBRO JUNIO CTO 5428 - 2024.pdf (Archivado)
CUENTA DE COBRO JUNIO CTO 5428 - 2024.pdf
Proveedor
Descargar
Detail
CUENTA DE COBRO MES JUNIO CTO 5428 - 2024
CUENTA DE COBRO MES JUNIO CTO 5428 - 2024.pdf
Proveedor
Descargar
Detail
CUENTA DE COBRO MES JULIO CTO 5428 - 2024
CUENTA DE COBRO MES JULIO CTO 5428 - 2024.pdf
Proveedor
Descargar
Detail
CUENTA DE COBRO MES AGOSTO CTO 5428 - 2024
CUENTA DE COBRO MES AGOSTO CTO 5428 - 2024.pdf
Proveedor
Descargar
Detail
CUENTA DE COBRO MES SEPTIEMBRE CTO 5428 - 2024.pdf
CUENTA DE COBRO MES SEPTIEMBRE CTO 5428 - 2024.pdf
Proveedor
Descargar
Detail
Borrar
Cargar nuev
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal
© 2019 VORTAL Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)
018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte
Lunes a Viernes 7:00 am a 7:00 pm

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	1000154743	EVELYN DANIELA GALINDO CARDENAS	calle 36 sur # 72 j 38	32029514	evelyndanielagc@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	
2024-09	2024-09	I	18/10/2024	80951976	$497.900	

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	200.000	0		0		0	8	1.200	0	201.200	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	255.900	0	0	0	0	8	1.500	0	257.400	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	39.000				39.000	8	300	39.300			390	39.300	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	8	0	0	0
ICBF				
0	8	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	200.000	201.200
Pensión	1	255.900	257.400
Riesgos Laborales	1	39.000	39.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	494.900	497.900

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
CC	1000154743	EVELYN DANIELA GALINDO CARDENAS		calle 36 sur # 72 j 38	32029514	evelyndanielagc@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	
2024-09	2024-09	I	18/10/2024	80951976	$497.900	

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	CC	1000154743	GALINDO CARDENAS EVELYN DANIELA	59	0			N																	25-14	1.599.300	255.900	0	0	0	0	EPS002	1.599.300	200.000	14-11	1.599.300	3	39.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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