Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**
**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**
**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**

**CÓDIGO: AP-IA-FT-077**
**VERSIÓN: 2**
**FECHA: 2024-09-16**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | | | |
| **ANDREA CAROLINA CORDOBA GUZMAN** | | | | | |
| | | **CON C.C Nº** | **1.019.047.542** | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO MEDICO INTERNISTA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. | | | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 1278 2024** | | **FECHA INICIO CONTRATO** | 21/01/2024 | |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | **28954500** | **PLAZO INICIAL** | DOS (02) MESES | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | **$ 118.423.905** | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | | **$ 6.273.475** |
| **Nº DE INFORME:** | 10 | **Nº CRP:** | 13468 | **Nº CDP:** | 146 |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | DIEZ (10) MESES | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | ISC HOSPITAL SANTA CLARA | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | **YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ** | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:** | 4 | **TIPO DE MODIFICACIÓN** | **ADICIONES** | 4 | **PRORROGAS** | 4 | |
| **VALOR ADICIONADO** | 17.726.588 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 935 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 21185 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | 8.428.977 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1631 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 28909 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | 11.195.740 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 2204 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 32300 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | 52.118.100 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 2622 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 36249 | **TIEMPO PRORROGADO:** | TRES (3) MESES |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **CRP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **CRP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |

**III. POLIZAS (SI APLICA)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nº DE PÓLIZA:** | N/A | **NOMBRE DE LA ASEGURADORA:** | N/A |
| **FECHA DE LA PÓLIZA** | NA | **FECHA DE APROBACIÓN:** | N/A |

| ITEM | IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes) |
|---|---|
| 1 | Realizo valoracion de pacientes del servicio de cuidado critico durante cada uno de los turnos asignados en el cual se realiza la evolucion, ajustes en el manejo y definicion de conductas de acuerdo con la experticia clinica y las guias y protocolos institucionales de manera oportuna y pertinente orientadas al mejoramiento de la salud del paciente |
| 2 | Brindo una atencion en salud oportuna, integra, suficiente y pertientne Realizo la evolucion escrita de los pacientes valorados ,asi como el seguimiento e interpretacion de laboratorios y otros medios diagnosticos en un a mbiente de atencion humanizada de acuerdo a los estandares de habilitacion y acreditacion. |
| 3 | Preste servicios asistenciales respetando la autonomia institucional de la SUBRED , su vision, mision, estructura organica, regiamentos administrativos, tecnicos, cientificos y disciplinarios. |
| 4 | Realizo las actividades asisitenciales segun las necesidades de la SUBRED dando cobertura en las unidades donde sea requerido |
| 5 | Informe al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, conocer el grado de satisfacción sobre los servicios prestados y resolver inquietudes relacionadas con el proceso de atención, todo de acuerdo al protocolo institucional de entrega de informacion |
| 6 | Las actividades, procedimientos e intervenciones desarrolladas quedan registradas en el módulo de historias clínicas del sistema de información Dinámica Gerencial Hospitalaria, de modo que es posible obtener los informes estadísticos que la institución requiera. Los mismos registros constituyen el insumo requerido en los procesos de costeo y facturación. |
| 7 | Durante el proceso de atención se respetaron los derechos del paciente, y se aplicó lo dispuesto en la Ley de ética médica, atendiendo a las demás disposiciones legales aplicables a la práctica profesional. |
| 8 | Se impartieron las instrucciones al equipo de salud para el seguimiento y control de los pacientes a cargo. Reporte los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente |
| 9 | Emito conceptos médicos que se requirieron, de conformidad a mi especialidad, realize resúmenes de historia clinica, epicrisis y otros documentos asistenciales o administrativos que me fueron solicitados. Ademas se diligencio el formato de entrega de turno institucional. Tengo disposición de participar en la programación de actividades del servicio y todo lo requerido |
| 10 | Los registros clínicos se hicieron completos y oportunos, con una correcta redacción y digitación en la historia clinica electrónica del paciente, respaldando lo actuado con la firma electrónica resguardada con mi usuario personal e intransferible y la respectiva contraseña. Los formatos manuales se cumplimentaron en todos sus campos garantizando legibilidad y responsabilizándome de lo registrado con firma, nombre y número de documento. |
| 11 | La custodia de la información contenida en historia clínica se garantiza mediante los protocolos de seguridad del sistema de información. Se mantuvo la reserva de información clínica en los terminos de la Resolución 1995/1999. |
| 12 | Los equipos, elementos e instalaciones puestos a disposición para el desarrollo de mis actividades fueron usados racionalmente, no se presentaron daños ocasionados en cumplimiento o con ocasión de la prestación de mis servicios a la Subred. |
| 13 | Los equipos de mi propiedad destinados al cumplimiento de las actividades asistenciales permanecen bajo mi custodia y son retirados de la institución al concluir las actividades. No uso equipo para el cumplimiento de mi objeto contractual que requiera ser reportado a Activos Fijos. |
| 14 | Se notifica al area encargada cuando hay algun susceso con los equipos que se encuentran dentro del servicio. |
| 15 | Participó activamente en el desarrollo, implementación y cumplimiento de las politicas institucionales, sistema integrado de gestión, acreditación, seguridad del paciente y demás actividades enmarcadas dentro del sistema obligatorio de garantía de la calidad. |
| 16 | Participacion activa en las actividades del servicio |

| | |
|---|---|
| 17 | Participe en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que aplican al servicio. |
| 18 | Participacion en actividades y jornadasa programadas por la SUBRED |
| 19 | Se participar en la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio cuando esta actividad es requerida por el lider del servicio |
| 20 | Se presta el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EPS-S-EAPB cuando esta actividad es requerida por el lider del servicio |
| 21 | Notifique los sucesos de seguridad que se presentaron durante el proceso de atención, participó en los análisis a los que fue convocado e implementó las acciones de mejora definidas para el servicio |
| 22 | Notificar en la pagina de seguridad del paciente eventos de seguridad |
| 23 | Se diligenció y reportó oportunamente los certificados de estadísticas vitales de acuerdo a la normatividad vigente. |
| 24 | Participacion en actividades academicas del servicio, así como las convocadas desde gestion del conocimiento |
| 25 | Se instruye a la comunidad al momento de dar informacion medica asi como al alta hospitalaria con la activacion de las RIAS |
| 26 | Participe en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales fui convocado. |
| 27 | Se informo oportunamente al supervisor del contrato sobre las novedades presentadas durante el cumplimiento de mis obligaciones |
| 28 | Mantuve comunicación permanente con el supervisor del contrato para facilitar las labores de verificacion de cumplimiento de actividades y obligaciones |
| 29 | Se cumplio oportunamente con las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad. |
| 30 | Se acredito la inscripcion |
| 31 | uso diario de carnet de identificacion en la institucion |
| 32 | Se cumplio la programacion de actividades agendadas y acordadas con el supervisor del contrato. Las novedades tambien fueron gestionadas |
| 33 | Cuando aplica se participa en investigaciones |

## V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| No. DE PLANILLA: | 80842226 | OPERADOR: | MI PLANILLA |
|---|---|---|---|

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | SANITAS | 7/10/2024 | $ 1.906.300 |
| PENSIÓN: | COLPENSIONES | 7/10/2024 | $ 2.592.600 |
| RIESGOS LABORALES: | SEGUROS BOLIVAR | 7/10/2024 | $ 371.500 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 4.870.400 |

## VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV ( de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)
3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

## VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

Carolina Córdoba

ANDREA CAROLINA CORDOBA GUZMAN
CC:1019047542
CEL:3115513779

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**
**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**
**FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**

**CÓDIGO: AP-IA-FT-014**
**VERSIÓN: 6**
**FECHA: 2024-09-16**

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/10/2024)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **ANDREA CAROLINA CORDOBA GUZMAN** | **CC:** | **1019047542** |
| | | **RUT (NIT):** | NA |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | ANDCORGUZ90@HOTMAIL.COM | **TELÉFONO:** | 3115513779 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | KR 54C 143A 90 AP 823 | **CIUDAD:** | BOGOTA |

**Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024,**

| | |
|---|---|
| **NO** tomaré costos y deducciones | ( ) |
| **SI** tomaré costos y deducciones | ( ) |

La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y

| | | |
|---|---|---|
| **Regimen Simple De Tributación** : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación | SI ( ) | NO ( X ) |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCOLOMBIA** | | | | |
| **NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)** | | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **65019533756** |

**NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 1278 2024** | **Nº CDP:** | **146** | **Nº. RP:** | **13468** | **PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : DIEZ (10) MESES** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **21/01/2024** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | **31/10/2024** | | **$ 133.962.820** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | DEL 01/10/2024 AL 31/10/2024 | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)** | **$ 6.273.475** | | | | | |
| | **SIES MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS MCTE** | | | | | |

Carolina Cordoba

**ANDREA CAROLINA CORDOBA GUZMAN**
1019047542
3115513779

| | | |
|---|---|---|
| | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-078**<br>**VERSIÓN: 2**<br>**FECHA: 2024-09-16** |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | | | | | |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | | | | **ANDREA CAROLINA CORDOBA GUZMAN** | | | |
| **NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | | | | **1.019.047.542** | | | |
| **I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | | | | | | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO MEDICO INTERNISTA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. | | | | | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | | | **PS 1278 2024** | | **FECHA INICIO CONTRATO** | | **21/01/2024** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | | | 42.466.600 | | | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO** | $ 131.936.005 | | | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | | **$ 6.273.475** |
| **N° PAGO / N° DE INFORME:** | (10 de10) | | **N° CRP INICIAL:** | 13494 | **N° CDP INICIAL DEL CONTRATO** | | 146 |
| **PLAZO DEL CONTRATO** | DIEZ (10) MESES | | | | | | |
| **N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:** | | | 80842226 | | **OPERADOR:** | MI PLANILLA | |
| **PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:** | | | DIRECCION DE HOSPITALIZACION | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | | | 1SC HOSPITAL SANTA CLARA | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | | | YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ | | | | |
| **II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES** | | | | | | | |
| **N° DE MODIFICACIÓN:** | 4 | **TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):** | | | 4 | | 4 |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 17.726.588 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 935 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 21185 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 8.428.977 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1631 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 28909 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 11.195.740 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 2204 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 32300 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 52.118.100 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 2622 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 36249 | **TIEMPO PRORROGADO:** | TRES (3) MESES |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **RP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **RP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **RP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **RP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **III. POLIZAS (SI APLICA)** | | | | | | | |
| **¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?** | **SI** | | | **NO** | | | |
| **N° DE PÓLIZA:** | NA | | **NOMBRE DE LA ASEGURADORA:** | | NA | | |
| **FECHA DE LA PÓLIZA** | NA | | **ACTO ADMINISTRATIVO DE** | | NA | | |

**IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS**

***SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL***

| ITEM | CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS | SI | NO |
|---|---|---|---|
| 1 | ¿El contrato se encuentra debidamente legalizado? | X | |
| 2 | ¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades? | X | |
| 3 | ¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP? | X | |
| 4 | ¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002? | X | |
| 5 | ¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro? | X | |

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago, CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del ( 01/10/2024) AL 31/10/2024)

| | |
|---|---|
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:** | **YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ**<br>**DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05**<br><br>**JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS**<br>**REFERENTES CLINICAS MEDICAS** |

Espacio para Logo Corporativo

**ANDREA CAROLINA CORDOBA GUZMAN**
NIT 1.019.047.542-3
AV CL 147 21 59 AP 301 TO F
Tel: (601) 7588513
Bogotá - Colombia
andcorguz90@hotmail.com

Factura electrÃ³nica de venta
**No. 173**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Señores** | SUB-RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE | | |
| **NIT** | 900.959.051-7 | **Teléfono** | (601) 3283105 - Ext. 000 |
| **Dirección** | Carrera 14 B 1 45 | **Ciudad** | Bogotá - Colombia |

| Fecha y hora Factura | |
|---|---|
| **Generación** | 05/10/2024, 18:57 |
| **Expedición** | 05/10/2024, 18:57 |
| **Vencimiento** | 05/10/2024 |

| Ítem | Descripción | Cantidad | Vr. Total |
|---|---|---|---|
| 1 | Actividades de la practica medica sin internación del mes de Noviembre de 2022 | 65.00 | 6,273,475.00 |

**Total items:** 1

| | |
|---|---|
| **Total Bruto** | 6,273,475.00 |
| IVA 0% | 0.00 |
| **Total a Pagar** | 6,273,475.00 |

**Valor en Letras:**
Seis millones doscientos setenta y tres mil cuatrocientos setenta y cinco pesos m/cte

**Forma de pago:**
Contado

**Medio de pago:**
Consignación bancaria - ConsignaciÃ³n $ 6,273,475.00

**Observaciones:**
Por favor consignar en Cuenta de ahorros No. Cuenta 65019533756 Bancolombia.
Andrea Carolina Córdoba Guzmán cc 1019047542

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764072628637 aprobado en 20240607 prefijo desde el número 162 al 200 Vigencia: 6 Meses**
- Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa 9,66 X MIL
**CUFE:** 221a043960ce8bef2e71410f8c97fb69fd8d0c1e6b2151ee95bd41c0995a6035035c6cf6e144892e6f6ac1ac609afbbf

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.060.145-6. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

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 | 1019047542 | ANDREA CAROLINA CORDOBA GUZMAN | calle 147 21 75 APTO 301 F | 6335338 | andcorguz90@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 | CANTIDAD UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2024-09 | 2024-09 | I | 07/10/2024 | 80842226 | $4.870.400 | |

## 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 | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 1.906.300 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 1.906.300 | 1 |

| TOTALES PENSIÓN | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Codigo 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 | 2.440.000 | 0 | 0 | 76.300 | 76.300 | 0 | 0 | | 2.592.600 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-7 | Seguros Bolivar S.A. | 860002503-2 | 371.500 | | | | 371.500 | 0 | 0 | 371.500 | | | 3.715 | 371.500 | 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 | 1.906.300 | 1.906.300 |
| Pensión | 1 | 2.592.600 | 2.592.600 |
| Riesgos Laborales | 1 | 371.500 | 371.500 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 4.870.400 | 4.870.400 |

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