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

CÓDIGO: AP-IA-FT-07 VERSION: 2
FECHA: 2024-09-16

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y**

**FLOR INES RODRIGUEZ BELTRAN**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | 51994913 | | | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E | | | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 3141 2024** | | **FECHA INICIO CONTRATO** | 1/02/2024 | |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 3.592.640 | **PLAZO INICIAL DEL CONTRATO** | DOS (2) MESES | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 16.166.880 | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | 1.796.320 | |
| **N° DE INFORME:** | NUEVE (9) | **N° CRP:** | 17023 | **N° CDP:** | 136 |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | NUEVE (9) MESES | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | 4CR CENTRO DE SALUD CRUCES | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | **SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO** | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| **N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:** | | **TIPO DE MODIFICACIÓN** | **ADICIÓNES** | | **PRORROGAS** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **VALOR ADICIONADO** | 1.796.320 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 957 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 22636 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | 1.796.320 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1372 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 25992 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | 1.796.320 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1722 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 29659 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | 1.796.320 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 2229 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 33802 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | 1.796.320 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 2661 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 36908 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | 1.796.320 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 3107 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 41095 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | 1.796.320 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 3385 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 43099 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ - | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **CRP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **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**

| **¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?** | **SI** | | **NO** | **X** |
|---|---|---|---|---|
| **N° DE PÓLIZA:** | | **NOMBRE DE LA ASEGURADORA:** | | |
| **FECHA DE LA PÓLIZA** | | **FECHA DE APROBACIÓN:** | | |

**IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO**
**(Deben ser coherentes con las obligaciones especificas del contrato realizadas durante el mes)**

| ITEM | |
|---|---|
| 1 | Se realizo llamado del usuario a ventanilla de acuerdo a organización y digiturno entregado por el orientador. |
| 2 | Se realizo verificacion de 2.390 órdenes médicas y autorización física que presenta el usuario para su atención por consulta externa, según contratación y normatividad vigente |
| 3 | Se verifico 2.466 derechos del usuario frente a las seguridad social o afiliación y se adjunta a carpeta requerimientos del sistema de información los soportes de verificación |
| 4 | Se reviso y valido servicios respecto a frecuencias de uso, grupo otario, género y según acuerdo de voluntades y normatividad vigente. |
| 5 | Se actualizo 300 datos personales del usuario a facturar. |
| 6 | Se realizó la facturación de los pacientes que no requieren cancelar copagos o cuotas de recuperación, previamente a la atención médica. |
| 7 | Se generó facturas en el sistema de información DGH y soportarlas con la documentación que presenta el usuario según contratación y normatividad vigente |
| 8 | Se elaboró facturas y recibos de caja oportunamente de acuerdo a la atención prestada al usuario y a la contratación y normatividad vigente. |
| 9 | Se ingreso 20 abonos que realizan los usuarios o pacientes en concepto de pagarés. |
| 10 | Se realizó cierre de caja, arqueo y acta de entrega al área de tesorería |
| 11 | Se entregó las facturas generadas a diario soportadas y organizadas de acuerdo a los procesos y procedimientos del área. |
| 12 | Se corrigió dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que nace el revisor de cuentas. |
| 13 | Se brindó el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información y/o bases de datos afines |
| 14 | Se realizo actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S G S S S. |
| 15 | Se asistió a las reuniones y capacitaciones programadas por el área |
| 16 | Se realizó las demás actividades realizadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato |

**V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

| **No. DE PLANILLA:** | 80356082 | **OPERADOR:** | MI PLANILLA | |
|---|---|---|---|---|
| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** | |
| **SALUD:** | COMPENSAR | 3/10/2024 | $ | 162.500 |
| **PENSIÓN:** | COLPENSIONES | 3/10/2024 | $ | 208.000 |
| **RIESGOS LABORALES:** | BOLIVAR | 3/10/2024 | $ | 31.700 |
| **OTRO** | | | | |
| **TOTAL PAGADO** | | | $ | 402.200 |

**VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA**

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo 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 ocasion al señalado contrato

**VII. ANEXOS**
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotograficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

Flor I. Rodriguez B.

**FLOR INES RODRIGUEZ BELTRAN**
**CC:51994913**
**CEL:3157631505**

| Centro Oriente E.S.E. | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E<br>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN<br>FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN | CÓDIGO: AP-IA-FT-014<br>VERSIÓN: 6 |
|---|---|---|

**DATOS DEL CONTRATISTA**

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **FLOR INES RODRIGUEZ BELTRAN** | **CC:** | 51.994.913 |
| | | **RUT (NIT):** | |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | FLORRODRIGUEZ80@gmail.com | **TELÉFONO:** | **3157631505** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | KRA 51 F BIS N° 38 B 31 SUR | **CIUDAD:** | BOGOTA D C |

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

| | |
|---|---|
| **NO** tomare costos y deducciones | **(X )** |
| **SI** tomare costos y deducciones | **( )** |

La presente certificacion se expide para efectos de la retencion en la fuente a titulo del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del articulo 1.2.4.1.6 y paragrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los articulos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.

| | | |
|---|---|---|
| **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 Regimen Simple de Tributación | SI ( ) | NO ( X ) |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BOGOTA** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **102570348** |
| **NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)** | | | | | |

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

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DEL CONTRATO:** | PS 3141 2024 | **N° CDP:** | 3385 | **N°. RP:** | 43099 | **PLAZOORROGAS DEL CONTRATO INCLUIDAS : NUEVE (9) MESES** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | 1/02/2024 | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | **31/10/2024** | | **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 16.166.880** |
| **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)** | $ 1.796.320 | | | | | |
| | **UN MILLON SETECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL TRECIENTOS VEINTE PESOS MDA/CTE** | | | | | |

Flor I. Rodriguez B.

FLOR INES RODRIGUEZ BELTRAN
C.C 51.994.913
cel: 3157631505

Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION

CÓDIGO: AP-IA-FT-078
VERSIÓN: 2

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y**

| | |
|---|---|
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | **FLOR INES RODRIGUEZ BELTRAN** |
| **NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | **51.994.913** |

**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS**

| | |
|---|---|
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 3141 2024** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **1/02/2024** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 3.592.640 | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 16.166.880 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | 1.796.320 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **N° PAGO / N° DE INFORME:** | NUEVE (9) | **N° CRP INICIAL:** | 17023 | **N° CDP INICIAL DEL CONTRATO** | 136 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | NUEVE (9) MESES | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:** | **80356452** | **OPERADOR:** | **MI PLANILLA** |
| **PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:** | **FACTURACION - AMBULATORIOS** | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | **4CR CENTRO DE SALUD CRUCES** | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | **SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO** | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| **N° DE MODIFICACIÓN:** | N (7) | **TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):** | | | | ADICION (7) | PRORROGA (7) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **VALOR ADICIONADO** | 1.796.320 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 957 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 22636 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | 1.796.320 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1372 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 25992 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | 1.796.320 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1722 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 29659 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | 1.796.320 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 2229 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 33802 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | 1.796.320 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 2661 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 38008 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | 1.796.320 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 3107 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 41095 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | 1.796.320 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 3385 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 43099 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **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** | **X** | |
| **N° DE PÓLIZA:** | | **NOMBRE DE LA ASEGURADORA:** | | | |
| **FECHA DE LA PÓLIZA** | | **ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:** | | | |

**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 PAGO RESPECTIVO.***

| 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:** | **SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO**<br>**DIRECTOR FINANCIERO** |
| | **YAMILE CANO HERRERA**<br>**REFERENTE FACTURACION** |

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 | 51994913 | FLOR INES RODRIGUEZ BELTRAN | KRA 51 F BIS NO. 38 B 31 SUR | 7240077 | florrodrigrezb1@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | 1 - Independiente | | BOGOTÁ, D.C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/ANO) | 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 | 1 | 03/10/2024 | 80356452 | $402.200 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | Cotización | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 162.500 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 162.500 | 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 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 208.000 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cetización | 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 Bolívar S.A. | 860002503-2 | 31.700 | | | | 31.700 | 0 | 0 | 31.700 | | | 317 | 31.700 | 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 | 162.500 | 162.500 |
| Pensión | 1 | 208.000 | 208.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 31.700 | 31.700 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 402.200 | 402.200 |

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 | 51994913 | FLOR INES RODRIGUEZ BELTRAN | | KRA 51 F BIS NO. 38 B 31 SUR | 7240077 | florodrigrezb1@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I - Independiente | | | BOGOTÁ D.C. | BOGOTA 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: 1 / UPC: 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR |
| 2024-09 | 2024-09 | 1 | 03/10/2024 | 80356452 | $402.200 |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colombiano en el Exterior | Estudiante | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | INL | CORRECCIÓN | Cod. 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 | 51994913 | RODRIGUEZ BELTRAN FLOR INES | 57 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 1.300.000 | 208.500 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.300.000 | 162.500 | 14-7 | 1.300.000 | 3 | 31.700 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |