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

LEIDY KATHERINE HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	40.189.662				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TÉCNICO ADMINISTRATIVO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1185 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**21/1/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 8.243.840**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	DOS (2) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 46.577.696**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 5.058.720**
N° DE INFORME:	10	**N° CRP:**	13400	**N° CDP:**	146
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	1SC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	5	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	5	**PRORROGAS**	5	
VALOR ADICIONADO	6.595.072	**CDP DE LA ADICIÓN:**	935	**CRP DE LA ADICIÓN:**	21109	**TIEMPO PRORROGADO:**	10 DÍAS
VALOR ADICIONADO	4.796.416	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1260	**CRP DE LA ADICIÓN:**	24020	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	6.707.488	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1631	**CRP DE LA ADICIÓN:**	28831	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	5.058.720	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2204	**CRP DE LA ADICIÓN:**	32224	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	15.176.160	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2622	**CRP DE LA ADICIÓN:**	36172	**TIEMPO PRORROGADO:**	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:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS

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

ITEM	**IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO** **(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)**
1	Porta el carné institucional de la Subred durante la ejecución de las actividades contractuales, exceptuando aquellas desarrolladas dentro de las unidades quirúrgicas.
2	Apoya el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la normatividad vigente.
3	Participa en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.
4	Conoce y dar cumplimiento a los procedimientos, guías, manuales, protocolos y demás establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos
5	Apoya a la Entidad en las actividades que demande según requerimientos intra y extra institucionales.
6	Participa en la elaboración y actualización de los manuales, procesos, guías de manejo y protocolos asistenciales del área.
7	Informa al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones.
8	Atiende a los usuarios internos y externos con actitud de servicio y de manera humana, eficaz, cálida y respetuosa

9	Desarrolla las actividades de docencia dirigidas a los estudiantes de instrumentación quirúrgica que realizan práctica clínica en la institución y ofrecer informe a la persona encargada de los estudiantes en cada institución. También desarrollar actividades de capacitación al personal del servicio para el desarrollo y formación del recurso humano en salud, cuando sea necesario.
10	Cumple la programación mensual de actividades.
11	Notifica los sucesos de seguridad que se presenten en el servicio, participar en los análisis de caso relacionados con el suceso y en los que sea convocado, e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio, resultado del análisis realizado. integral del presente contrato
12	Emite conceptos de conformidad con sus actividades profesionales.
13	Soporta de manera oportuna, conforme a los tiempos establecidos, el cumplimiento del pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal durante la vigencia del contrato, requisito indispensable para generar cada pago a su favor, anexando la planilla de pago de aportes al sistema integral de seguridad social que comprende salud, pensión y riesgos laborales.
14	Custodia y responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas.
15	Ingresa al área quirúrgica portando el vestido quirúrgico completo y de forma correcta como aparece en el protocolo institucional.
16	Verifica la programación quirúrgica del quirófano al que fue asignado, con el propósito de dar cumplimiento a la programación.
17	Solicita y registrar correctamente el instrumental quirúrgico, dispositivos médicos, y material necesario solicitado en central de esterilización para cada procedimiento.
18	Solicita a la farmacia las suturas y dispositivos médicos necesarios para realizar el procedimiento quirúrgico y devolver el material no utilizado a la farmacia nuevamente.
19	Se realiza la limpieza y desinfección del carro de transporte correspondiente en el quirófano asignado al iniciar la jornada y registrar el proceso en el formato correspondiente, para poder trasladar en ellos todos los dispositivos, equipos y demás material estéril necesario para realizar cada procedimiento.
20	Responde la lista de chequeo de cirugía segura, voceada por el anestesiólogo, verificando el registro de la información, informando toda novedad, firmar al terminar cada procedimiento.
21	Se Presenta al paciente e informarle sobre su rol durante el acto quirúrgico, antes de dar inicio al procedimiento.
22	Vela por la asepsia y antisepsia dentro del procedimiento quirúrgico así como por la garantía de conservación de esterilidad del instrumental y equipos utilizados en salas de cirugía.
23	Verifica el viraje de los indicadores químicos antes de iniciar el procedimiento, en caso de no ser aceptables, rechazar los elementos según corresponda.
24	Revisa el contenido de cada equipo y el estado del mismo antes de iniciar el procedimiento. En caso de encontrar algún faltante o elemento en mal estado informar inmediatamente a la central de esterilización por medio del circulante de enfermería, conservando el rótulo de marcado proveniente de la central
25	Cuenta en voz alta en conjunto con el auxiliar el material médico quirúrgico que va a ser utilizado durante el procedimiento, tales como: gasas, compresas,
26	Durante el procedimiento informar del conteo de material médico quirúrgico, que se vaya recibiendo con el fin de registrarlo en la hoja de seguridad, sumarlo y contarlo al final del procedimiento.
27	Contar en conjunto con el auxiliar circulante de sala el instrumental quirúrgico, compresas, gasas, cotonoides, agujas y todo el material quirúrgico utilizado en cavidad, antes del cierre de la cavidad.
28	Participa activamente en el procedimiento quirúrgico.
29	Se informar al cirujano tratante el resultado del recuento para poder realizar cavidad. Una vez terminado el procedimiento, verifique el registro de la información en la hoja de seguridad, antes de firmar. Entregar las piezas anatomopatológicas al auxiliar de enfermería para su debido envío a estudio, informando en voz alta el nombre de la muestra, medio de preservación y el destino de la muestra. Posteriormente, verifique el correcto registro en la hoja de verificación.
30	Terminado el procedimiento quirúrgico recoger todo el instrumental y dispositivos médicos, colocarlos en los contenedores de transporte de material contaminado, abrir las pinzas con excepción de las pinzas de campo y aplicar detergente enzimático y tapar el contenedor.
31	Traslada el contenedor del instrumental quirúrgico en carro de transporte de material contaminado y hacer la entrega en el área de recepción de la central de esterilización, esperar a que el auxiliar del servicio de esterilización realice el conteo respectivo y registrar en el libro correspondiente de central de esterilización todos los equipos y materiales entregados para reprocesar.
32	Registra en la hoja de gastos de farmacia los elementos utilizados en el procedimiento quirúrgico.
33	Elabora por sistema la hoja de gastos de material especializado cuando haya lugar.
34	Reporta los eventos de seguridad que se presenten durante el procedimiento quirúrgico o relacionados a atención del paciente, aun cuando no se encuentre directamente involucrado el instrumentador quirúrgico.
35	Cumple con el protocolo institucional de comportamiento en quirófano

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**806443705**	**OPERADOR:**	**MI PLANILLA/ COMPENSAR**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SURA**	**9/10/2024**	**$ 253.000**
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**	**9/10/2024**	**$ 323.800**
RIESGOS LABORALES:	**SURA**	**9/10/2024**	**$ -**
OTRO	**N/A**	**9/10/2024**	**$ -**
	TOTAL PAGADO		**$ 576.800**

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 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

Leidy Hernandez.

LEIDY KATHERINE HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ
40.189.662
3207512681

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:	**LEIDY KATHERINE HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ**	**CC:**	40.189.662
		RUT (NIT):	NA
CORREO ELECTRÓNICO:	katty8816@hotmail.com	**TELÉFONO:**	3207512681
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Cr 18 # 10-18 sur	**CIUDAD:**	BOGOTA

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

NO tomaré costos y deducciones	(X)
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

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:	**BANCO CAJA SOCIAL**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**24094792564**

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

Nº DEL CONTRATO:	**PS 1185 2024**	**Nº CDP:**	**146**	**Nº. RP:**	**13400**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : DIEZ (10) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**1/2/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/10/2024**		**$ 46.577.696**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 01/10/2024 AL 31/10/2024**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$ 5.058.720** **CINCO MILLONES CINCUENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS VEINTE PESOS M/ C**					

Leidy Hernandez.

LEIDY KATHERINE HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ
40.189.662
3207512681

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 SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION	CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	LEIDY KATHERINE HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	40.189.662

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO INSTRUMENTADOR QUIRÚRGICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1185 2024		FECHA INICIO CONTRATO	21/1/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 8.243.840				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 46.577.696		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 5.058.720	
N° PAGO / N° DE INFORME:	(10 de 10)	N° CRP INICIAL:	13400	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	146
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	806443705	OPERADOR:	MI PLANILLA/ COMPENSAR		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION DE HOSPITALIZACION MEDICINA				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	5	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				5	5
VALOR ADICIONADO	$ 6.595.072	CDP DE LA ADICIÓN:	$ 935	RP DE LA ADICIÓN:	21109	TIEMPO PRORROGADO:	10 DÍAS
VALOR ADICIONADO	$ 4.796.416	CDP DE LA ADICIÓN:	$ 1.260	RP DE LA ADICIÓN:	24020	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 6.707.488	CDP DE LA ADICIÓN:	$ 1.631	RP DE LA ADICIÓN:	28831	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 5.058.720	CDP DE LA ADICIÓN:	$ 2.204	RP DE LA ADICIÓN:	32224	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 15.176.160	CDP DE LA ADICIÓN:	$ 2.622	RP DE LA ADICIÓN:	36172	TIEMPO PRORROGADO:	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:	

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X
N° DE PÓLIZA:	NA	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		NA
FECHA DE LA PÓLIZA	NA	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:		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 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:	**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:** **YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ** **CARGO:** **DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05**
	NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: **SAÚL ARDILA DURAN** **PERFIL:** **MEDICO ESPECIALISTA CODIGO 213 GRADO 32**

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	40189662	LEIDY KATHERINE HERNANDEZ HERNANDEZ	KR 18 # 10 18 sur	3207512681	katty8816@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	
2024-09	2024-09	I	09/10/2024	80643705	$576.800	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	253.000	0		0		0	0	0	0	253.000	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	323.800	0	0	0	0	0	0		323.800	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										

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	253.000	253.000
Pensión	1	323.800	323.800
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	576.800	576.800

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	40189662	LEIDY KATHERINE HERNANDEZ HERNANDEZ		KR 18 # 10 18 sur	3207512681	katty8816@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

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	I	09/10/2024	80643705	$576.800

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	40189662	HERNANDEZ HERNANDEZ LEIDY KATHERINE	3	0			N																	25-14	2.023.488	323.800	0	0	0	0	EPS010	2.023.488	253.000		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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