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 GESTION	CÓDIGO: AP-GA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO (31/10/2024)

NOMBRES Y APELLIDOS:	ANGELA GISELLA FONTECHA BARRAGAN	**CC:**	1031157694
		RUT (NIT):	1031157694
CORREO ELECTRÓNICO:	[illegible]	**TELÉFONO:**	3138565847
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Diagonal 54 C Sur 3 05	**CIUDAD:**	Bogotá D.C.

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

NO tuvieré costos y deducciones	(X)
Si tuvieré 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

Régimen Simple De Tributación : RESOLUCION 90065 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:**	**24096592335**

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

Nº DEL CONTRATO:	**PS 1031 2024**	**Nº CDP:**	**2680**	**Nº. RP:**	**36741**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 9 MESES Y 10 DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**21/01/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/10/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $34,736,544**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/10/2024 AL 31/10/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	**$ 3.709.728** **Tres millones setecientos nueve mil setecientos veintiocho pesos.**					

Angela Fontecha

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
ANGELA GISELLA FONTECHA BARRAGAN
C/C 1031157694
cel: 3138565847

Centro Oriente E.S.E.	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-11-FT-472 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. Y ANGELA GISELLA FONTECHA BARRAGAN							
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.031.157.694						
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TRABAJADOR SOCIAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.						
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1011-2024			FECHA INICIO CONTRATO	21/01/2024		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 7.415.456		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	21/01/2024 Dos (2) meses			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 31.736.544			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 3.709.728	
Nº DE INFORME:	10		Nº CRP:	13308	Nº CRP:	284	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	Nueve meses y diez días						
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			SUBRED HOSPITAL LA VICTORIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			SHIRLEY JANNETH TORRES RODRIGUEZ - JEFE DE OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	$	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	$	PRORROGAS	$	
VALOR ADICIONADO	$ 3.709.728	CDP DE LA ADICIÓN:	939	CRP DE LA ADICIÓN:	21583	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.822.144	CDP DE LA ADICIÓN:	1256	CRP DE LA ADICIÓN:	24251	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.946.304	CDP DE LA ADICIÓN:	1616	CRP DE LA ADICIÓN:	29323	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 10 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3.709.728	CDP DE LA ADICIÓN:	2293	CRP DE LA ADICIÓN:	33606	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 11.325.184	CDP DE LA ADICIÓN:	2600	CRP DE LA ADICIÓN:	36741	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:	
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:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS

¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X
Nº DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	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 obligaciones especificas del contrato realizadas durante el mes)
1	Se orienta al gacierio y/o familiar sobre los requerimientos que se establecen desde la EPS o IPS para el goce efectivo de la prestación de los servicios en salud. Firmas en planilla pacientes y/o familiar a quienes se les orientó sobre los derechos y deberes en salud.
2	Se alimentan bases de datos y matrices donde se consolida toda la información de cada usuario intervenido por el área de trabajo social para realizar estudios de caso. Así mismo ingreso de información a base de datos acerca de pacientes en abandono social. Pacientes en seguimiento, por su condición irregular migrante en el país.
3	Se desarrollan las actividades correspondientes al área de Trabajo Social en los servicios de UCI Neonatal. Se atiende llamado de cada servicio intra hospitalario intercomunicado, iniciándose la respectiva intervención dando respuesta a los requerimientos. Respuesta a interconsultas por riesgo social, notas de seguimiento a pacientes hospitalizados en los servicios de UCI Neonatal.

4	Realizar la coordinación inter-institucional, solicitud y traslado en vehículo institucional de niños, niñas y adolescentes para restablecimiento de derechos requerida articulando acciones con los entes competentes tales como: Defensa Colombiana de Bienestar Familiar (ICBF), Comisarías, Registraduría, Policía Nacional y/o de Infancia y Adolescencia. Se realiza reporte ante ICBF cuando se identifican riesgos hacia los menores de edad.
5	Se realiza solicitud de origenes a pacientes que se encuentran hospitalizados en el servicio de Neonatología, se realizan trámites a necesidad del servicio. Trámite de origen domiciliario radicado ante la oficina de Autorizaciones, siguientes se proyectara a necesidad del servicio.
6	Realizar los trámites respectivos para habitante de calle sin certificar, pacientes indocumentados, pacientes extranjeros según cada caso, diligenciamiento de ficha SIVIM, de igual modo la gestión de identificación de los pacientes fallecidos en las diferentes USS de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. Se desarrollan las gestiones y trámites correspondientes al área de Trabajo Social en los servicios, respecto a la atención de población vulnerable habitante de calle sin certificar, población extranjera e indocumentados. Estudios sociales de casos, orientados a pacientes migrantes en condición irregular.
7	Realizar el ingreso en el aplicativo Cuéntanos Bogotá de intervenciones grupales y de barrera de acceso Y estudios sociales de caso, identificados durante la gestión diaria, con el fin de evaluar las dificultades de accesibilidad que pueden presentar los usuarios en los servicios de salud. Se realizan registros en aplicativo Cuéntanos Bogotá según barreras identificadas.
8	Hacer seguimiento a Gestantes con dificultades administrativas por afiliación en otros municipios, realizando la orientación respectiva. Se realiza seguimiento a pacientes gestantes en articulación con el área de autorizaciones. Diligenciamiento de formato de verificación de afiliación de recién nacidos a upss.
9	Se socializa información a paciente en consejo de hospitalización sobre el modelo de Salud a mi Barrio, Salud a Mi Vereda de la Sub Red Centro Oriente. Se diligencian los formatos de firma de socialización.
10	Se realiza asistencia y participación activa en el curso virtual logrando así fortalecer conocimientos y competencias para la integral prestación del servicio.
11	Realizar búsqueda de datos de contacto y ubicación en la historia clínica en las diferentes actas que intervienen al paciente. En los casos en los que se requiere datos adicionales se verifica en la historia clínica con el fin de minimizar información requerida para el tratamiento de caso. Se complementa información de pacientes interconsultados por el servicio médico.
12	Se realiza asistencia y participación activa en el curso virtual logrando así fortalecer conocimientos y competencias para la integral prestación del servicio. Asistencia a curso establecido por la oficina, logrando obtener certificación del mismo.
13	Se asiste a reunión mensual de Trabajo Social, en donde se exponen temas propios del servicio e inquietudes en la prestación del mismo. Se realiza evaluación de asistencia, se envía evidencia a grupo de Trabajo Social.
14	Se realiza apoyo a instituciones terceros o personas naturales que requieren del servicio de trabajo social, ej: talleres, donaciones entre otros. Se realiza acompañamiento por parte de Trabajo Social.
15	Se establecen los espacios propicios para la asertiva atención de los usuarios, garantizando la reserva profesional de cada caso o situación presentada por el paciente. Atención de casos con garantía de derechos y confidencialidad.
16	Se da respuesta oportuna a los casos, seguimientos e interconsultas solicitadas, de acuerdo a la necesidad del servicio. Atención oportuna de casos, seguimientos, interconsultas y trámites emergentes.
17	Se asiste a los servicio con los elementos institucionales para la concurrencia, así como el ingreso a cada servicio de acuerdo a los protocolos establecidos por el servicio de epidemiología. Se da cumplimiento a los protocolos establecidos tanto en áreas comunes de los centros de salud, como en los servicios.
18	Se da cumplimiento a los requerimientos, solicitudes y tiempos establecidos por la oficina. Cumplimiento oportuno de requerimientos por parte del área administrativa.

V. INFORMACION DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	81911232	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	9/10/2024	$ 185,500
PENSION:	COLFONDOS	9/10/2024	$ 237,500
RIESGOS LABORALES:	ARL SURA	9/10/2024	$ 36,200
OTRO			
	TOTAL PAGADO		$ 459,200

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1 - Que desarrollé las actividades descritas en el informe mensual durante del periodo de cobro.
2 - Que realicé el pago de la Seguridad Social desde el día en el cual recibí mi(s) ingreso(s) mensuales del mes anterior pago del mes anterior según tarifa (en caso en que no supere un (1) SMLV debe ser el primer pago sujeto a satisfacción del cliente según el caso del periodo de cobro).
3 - Que adjunto evidencia del soporte en el aplicativo según de la cuenta de cobro en los días hábiles de cobro.
4 - Que acepto los descuentos a que estoy obligado a pagar por seguridad social y parafiscales.

VII. ANEXOS

(Cuando no se pueda anexar una de las obligaciones del contrato)

Turno de la declaración realizada los días 5 y 6 de cada mes se envían los respectivos soportes. Los mismos se envían al correo electrónico: participacion@subredcentrooriente.gov.co

ANGELA GISELLA FONTECHA BARRAGAN
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CC: 1031157614
CEL: 3109658817

	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	ANGELA GISELLA FONTECHA BARRAGAN
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.031.157.694

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TRABAJADOR SOCIAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1031 2024		FECHA INICIO CONTRATO		21/01/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$				7.419.456,00
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 34.736.544,00		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 3.709.728,00
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	10	Nº CRP INICIAL:	13308	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	284
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	Nueve meses y diez dias				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	80911232		OPERADOR:	MI PLANILLA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2LV HOSPITAL LA VICTORIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SHIRLEY JANNETH TORRES RODRIGUEZ - JEFE DE OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº 5	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICIÓN Nº 5	PRORROGA Nº 5
VALOR ADICIONADO	$ 3.709.728	CDP DE LA ADICIÓN:	939	RP DE LA ADICIÓN:	21583	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.822.144	CDP DE LA ADICIÓN:	1256	RP DE LA ADICIÓN:	24251	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.946.304	CDP DE LA ADICIÓN:	1616	RP DE LA ADICIÓN:	29323	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 10 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3.709.728	CDP DE LA ADICIÓN:	2203	RP DE LA ADICIÓN:	33606	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 11.129.184	CDP DE LA ADICIÓN:	2600	RP DE LA ADICIÓN:	36741	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:	
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	X
Nº DE PÓLIZA:	N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A		ACTO ADMINISTRATIVO DE		N/A

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 2003	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 cláusula "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:
SHIRLEY JANNETH TORRES RODRIGUEZ
CARGO:
JEFE DE OFICINA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
MARTHA PATRICIA CARDENAS CARDENAS
PERFIL:
TECNICO ADMINISTRATIVO 2

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE

TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	ENDOSADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1031157094	ANGELA GISELLA PONTECHA BARRAGAN		Diagonal 54 C sur # 3 - 06	3118565847	angiponbe@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**		
ÚNICA	1 – Independiente			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		N

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	1	09/10/2024	8091232	$459.200	

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	185.500	0		0		0	0	0	0	185.500	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
23/1001	Colfondos	800227940-6	237.500	0	0	0	0	0	0		237.500	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	36.200				36.200	0	0	36.200			302	36.200	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, ISP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	185.500	185.500
Pensión	1	237.500	237.500
Riesgos Laborales	1	36.200	36.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	459.200	459.200

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	1031157094	ANGELA GISELLA FONTECHA BARRAGAN		Diagonal 54 C bis # 3 - 65	3118909847	angifontecha@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	1 – 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	IBC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-09	2024-09	1	09/10/2024	68911232	$459.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No de Identificación	Apellidos y Nombres	Estudio	Sueldo	Alto riesgo	Tipo cotizante	Extranjero	VSP	IGE	LMA	VAC	SLN	IGE	LMA	VAC	SLN	AVP	VCT	IRP	Días cotizados	Cód. AFP	IBC AFP	Dedicación	Voluntario a Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	FondC pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización	Clase	IBC ARL	Tarifa	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1031157094	FONTECHA BARRAGAN ANGELA GISELLA	59	0			N														231001	1.493.891	231300	0	0	0	0	EPS002	1.493.891	185.500	14-11	1.493.891	3	36.200		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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