| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud E.S.E. Centro Oriente E.S.E. | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-077**<br>**VERSIÓN: 2**<br>**FECHA: 2024-09-16** |

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

**EMILIO ANDRES RIVEROS ALVAREZ**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | 9.431.762 | | | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO ORTOPEDISTA 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 1093 2024** | | **FECHA INICIO CONTRATO** | **21/01/2024** | |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | **$ 37.614.720** | **PLAZO INICIAL DEL CONTRATO** | DOS (02) MESES | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | **$ 160.375.488** | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | **$ 14.105.520** | |
| **N° DE INFORME:** | 10 | **N° CRP:** | 13356 | **N° CDP:** | 146 |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | DIEZ (10) MESES | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | ISCHOSPITAL 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** | 10.942.464 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 935 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 21040 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | 18.436.912 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1260 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 23944 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | 12.937.184 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1631 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 28754 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | 11.198.928 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 2204 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 32148 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | 69.245.280 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 2622 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 36096 | **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:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **CRP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |

**III. POLIZAS**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?** | | **SI** | | **NO** | |
| **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**<br>**(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)** |
|---|---|
| 1 | Realice las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo de la especialidad de neurocirugía: Estudiar, diagnosticar y tratar patologías neuroquirúrgicas del cerebro y la columna vertebral, con un alto nivel científico, ético y humano, de una manera oportuna y pertinente, en correspondencia con las necesidades de los pacientes, y teniendo en cuenta que todas las decisiones clínicas generadas en la atención médica procurarán el mejoramiento de la salud del paciente. |
| 2 | Brindó una atención en salud buscando los mejores estándares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada, cumpliendo el principio de equidad y con énfasis en actividades, procedimientos, protocolos, intervenciones y guías de atención, de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación. |
| 3 | Prestó sus servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales |
| 4 | Informó al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, y resolvió inquietudes relacionadas con el proceso de atención. |
| 5 | Diligencio los registros de las atenciones, procedimientos, RIPS radicados e otros relacionados, que permita mantener actualizados los historias clínicas definidas por la normativa vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación. |
| 6 | Respetó los derechos del paciente, cumplió el código de ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se prestó la atención |
| 7 | Realizó el seguimiento y control a pacientes en los que participó e impartió instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados. |
| 9 | Emitó conceptos médicos que se le requirieron, realizó resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que se solicitaron. |
| 10 | Diligencie en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema), los formatos, la historias clínicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoria y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con la firma. |
| 11 | Garantizó la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos. |
| 12 | Utilice de manera adecuada los equipos, elementos e instalaciones y los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposición o reparación cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulación de los mismos. |

| | |
|---|---|
| 13 | Reportó al área de Recursos Físicos – Activos Fijos de la SUBRED, los equipos de propiedad del contratista, que se destino a las actividades asistenciales. |
| 14 | El contratista veló por las seguridad de los equipos que se encuentran bajo custodia del servicio. |
| 15 | Participó en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio. |
| 16 | Participó activamente en el desarrollo, implementación y cumplimiento de las políticas institucionales, sistema integrado de gestión, acreditación, seguridad del paciente y demás actividades enmarcadas dentro del sistema obligatorio de garantía de la calidad. |
| 17 | Participó en la programación de actividades del servicio. |
| 18 | Participó en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio. |
| 19 | Apoyó a la Entidad en las actividades que se realizaron según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. |
| 20 | Participó en la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presentaron en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio |

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

| **No. DE PLANILLA:** | **80821725** | **OPERADOR:** | **MI PLANILA** |
|---|---|---|---|
| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
| **SALUD:** | **SANITAS** | **7/10/2024** | **$ 1.250.000** |
| **PENSIÓN:** | **COLPENSIONES** | **7/10/2024** | **$ 1.700.000** |
| **RIESGOS LABORALES:** | **SURA** | **7/10/2024** | **$ 243.600** |
| **OTRO** | | | |
| **TOTAL PAGADO** | | | **$ 3.193.600** |

**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

EMILIO A RIVEROS A.

**EMILIO ANDRES RIVEROS ALVAREZ**

9.431.762

3114520167

EMILIOA_RIVEROS@HOTMAIL.COM

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: (DD/MM/AAAA)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | EMILIO ANDRES RIVEROS ALVAREZ | **CC:** | 9431762 |
| | | **RUT (NIT):** | 9431762-6 |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | emilioriveroscadera@gmail.com | **TELÉFONO:** | 311452016 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | CALLE 94 # 21-60 EDIFICIO CHICO APTO 201 | **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 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 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.

| | | |
|---|---|---|
| **Régimen 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 (X) | NO ( ) |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **OTRO** | | | | |
| **NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)** | **DAVIVIENDA** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **286000139605** |

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

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DEL CONTRATO:** | **PS 1093 2024** | **N° CDP:** | **146** | **N°. RP:** | **13356** | **PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 10 MESES** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **21/01/2024** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | **20/03/2024** | | **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 160,375,488** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | DEL 01/10/2024 AL 31/10/2024 | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)** | **$** | | | | | **14.105.120** |
| | **CATORCE MILLONES CIENTO CINCO MIL CIENTO VEINTE PESOS** | | | | | |

Emilio A Riveros A

**EMILIO ANDRES RIVEROS ALVAREZ**
**C.C 9431762**
**CEL: 3114520167**

| | | |
|---|---|---|
| Secretaría Distrital de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | 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 APOYO A LA GESTION | CÓDIGO: AP-IA-FT-078<br>VERSIÓN: 2 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | | | |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | **EMILIO ANDRES RIVEROS ALVAREZ** | | | | |
| **NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | **9.431.762** | | | | |
| **I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | | | | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO ORTOPEDISTA 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 1093 2024** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **21/01/2024** | | |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 37.614.720 | | | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 160.375.488 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | **$ 14.105.520** | | |
| **N° PAGO / N° DE INFORME:** | (10 de10) | **N° CRP INICIAL:** | 13356 | **N° CDP INICIAL DEL CONTRATO** | 146 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | DIEZ (10) MESES | | | | |
| **N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:** | 80821725 | **OPERADOR:** | MI PLANILA | | |
| **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:** | 5 | **TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRORROGA):** | | | | 5 | 5 |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 10.942.464 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 935 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 21040 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 18.436.912 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1260 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 23944 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 12.937.184 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1631 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 28754 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 11.198.928 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 2204 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 32148 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 69.245.280 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 2622 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 36096 | **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:** | |

| **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** | | 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:**<br>**YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ**<br>**CARGO:**<br>**DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05**<br><br>**NOMBRE Y FIRMA REFERENTE:**<br>**SAUL ARDILA DURAN**<br>**PERFIL: MEDICO ESPECIALISTA CODIGO 213 GRADO 32** |

## EMILIO ANDRES RIVEROS ALVAREZ

**C.C:** 9431762 - 6
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C., Bogotá
**Teléfonos:** 3114520167
**Dirección:** CALLE 94A # 21-60

REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION

Resolución de facturación electrónica DIAN No. 18764068761617 del 2024-04-10 al 2024-10-10 autorizado del 620 al 1000

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA #** 548

**Fecha factura:** oct. 09, 2024 10:06:21
**Vencimiento:** oct. 09, 2024
**Tipo de pago:** Contado
**Medio de pago:** Consignación bancaria
**Moneda:** COP

165

**FACTURADO A:**

**Cliente:** SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE
**NIT:** 900959051-7
**Email:** radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co
**Tel:** 3283105
**Dirección:** CR 15 No 1 59 SUR
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C. / COLOMBIA

| # | CÓDIGO | NOMBRE | CANT. | PRECIO UNIT. | % DESC. | IMPUESTOS | SUBTOTAL | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 002 | **HONORARIOS MEDICOS**<br>Unidad: 94 | 165 | $ 85,488.00 | 0% | IVA:0%<br>INC:0% | $ 14,105,520.00 | **$ 14,105,520.00** |

Cantidad de lineas: 1

**NOTAS**

Observación
DAVIVIENDA CUENTA DE AHORROS Nº 286000139605

| RESUMEN | |
|---|---|
| **Subtotal:** | **$ 14,105,520.00** |
| TOTAL | $ 14,105,520.00 |

Valor en letras: CATORCE MILLONES CIENTO CINCO MIL QUINIENTOS VEINTE PESOS

CUFE: 2fb111afe79910274722d9ce0556db0a94f223465dceb7272af9498a2a8ecbd6266efdf06041a7feb8bf69a67a88ef90

Proveedor Tecnológico: FACTURE SAS – NIT 900399741 – Software: PL-COLAB.

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 | 9431762 | EMILIO ANDRES RIVEROS ALVAREZ | TRANV 5 # 48A - 13 APTO 201 | 3114520167 | toygun_23@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 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | 1 | 0 |
| | | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2024-09 | 2024-09 | I | 07/10/2024 | 80821725 | $3.193.600 | |

## 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 | 1.250.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 1.250.000 | 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 | 1.600.000 | 0 | 0 | 50.000 | 50.000 | 0 | 0 | | 1.700.000 | 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 | 243.600 | | | | 243.600 | 0 | 0 | 243.600 | | | 2.436 | 243.600 | 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 | 1.250.000 | 1.250.000 |
| Pensión | 1 | 1.700.000 | 1.700.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 243.600 | 243.600 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 3.193.600 | 3.193.600 |

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 | 9431762 | EMILIO ANDRES RIVEROS ALVAREZ | TRANV 5 # 48A - 13 APTO 201 | 3114520167 | toygun_23@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 | 07/10/2024 | 80821725 | $3.193.600 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Cobro anterior | Exonerado | IGE | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VIP | 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 | 9431762 | RIVEROS ALVAREZ EMILIO ANDRES | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 10.000.000 | 1.600.000 | 0 | 0 | 50.000 | 50.000 | EPS005 | 10.000.000 | 1.250.000 | 14-11 | 10.000.000 | 3 | 243.600 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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