| | | |
|---|---|---|
| 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**<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** | | | | | |
| **DANNY ROSELY CAÑON GARZON** | | | | | |
| **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | | | 1,014,243,387 | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. | | | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | PS 3942 2024 | | **FECHA INICIO CONTRATO** | | 30/3/2024 |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 1,511,547 | **PLAZO INICIAL DEL CONTRATO** | UN MES (1) | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 24,056,481 | | **VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:** | | $ 2,045,538 |
| **N° DE INFORME:** | 7 | **N° CRP:** | 22544 | **N° CDP:** | 599 |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | SEIS (6) MESES | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | 5CH CENTRO DE SALUD CHIRCALES | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | DR GUILLERMO RUBIO GUIZA<br>DIRECTOR SERVICIOS AMBULATORIOS | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:** | 6 | **TIPO DE MODIFICACIÓN** | **ADICIÓNES** | 6 | **PRORROGAS** | 5 | |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 2,267,320 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1261 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 23918 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 1 MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 2,885,680 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1618 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 29198 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 1 MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 2,164,260 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 2199 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 33041 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 1 MES Y 10 DIAS |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 6,492,780 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 2606 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 36570 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 3 MESES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 15,750 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 2784 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 39923 | **TIEMPO PRORROGADO:** | N.A. |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 3,094,129 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 3754 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 47007 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 2 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:** | |

**III. POLIZAS**

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

| 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 | " Prestar el servicio de conformidad con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades. " |
| 2 | Controlar los signos vitales de cada uno de los pacientes asignados con la periodicidad requerida según orden médica, orden deEnfermería y protocoló institucional, informando al médico y enfermera las alteraciones encontradas y registrándolas en la historia clinica digita. |
| 3 | " Orientar y preparar a los pacientes para exámenes diagnóstico de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnologia requerida. Según normas establecidas para cada procedimiento." |
| 4 | Realizar actividades propias del cuidado de enfermería previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud. |
| 5 | Notificar inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a sus pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el sistema de reporte |
| 6 | Informar a la enfermera jefe del servicio y al médico tratante, sobre los cambios del estado clinico de los pacientes en forma oportuna y adecuada |
| 7 | Revisar la Historia clínica de los pacientes asignados conociendo su evolución diaria, tratamiento, para realizar el plan de cuidado de enfermería integral del paciente |
| 8 | "Mantener limpio y ordenado la unidad de los pacientes asignados durante el turno. |

| | |
|---|---|
| 9 | Realizar registros clinicos en forma oportuna, diligenciando todas las variables correctamente y dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999 y mantener organizadas las historias clinicas de acuerdo al Manual y normatividad vigente de la Entidad" |
| 10 | Asignacion de citas medicas atraves de Dinamica. |
| 11 | HORAS A CERTIFICAR : 220 HORAS |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | 81625010 | OPERADOR: | MI PLANILLA |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | SANITAS | 13/11/2024 | $ 162,500 |
| PENSIÓN: | PROTECCION | 13/11/2024 | $ 208,000 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 13/11/2024 | $ 31,700 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 402,200 |

**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 periodo correspondiente

DANNY ROSELY CAÑON GARZON
CC: 1.014.243.387
CEL: 3246801631

| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>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<br>FECHA: 2024-09-16 |

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30/11/2024)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | DANNY ROSELY CAÑON GARZON | CC: | 1014243387 |
| | | RUT (NIT): | 1014243387 |
| CORREO ELECTRÓNICO: | DANYCA0705@GMAIL.COM | TELÉFONO: | 3246801631 |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | CL 2 # 89 - 35 | 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 parágra

| | | |
|---|---|---|
| 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: | DAVIVIENDA | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | Nº CUENTA: | 0550167400084650 |
| 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)**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº DEL CONTRATO: | PS 3942 2024 | Nº CDP: | 3754 | Nº. RP: | 47007 | PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 6 MESES |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 30/3/2024 | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | | 31/12/2024 | | VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 15.337.337 |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | DEL 01/11/2024 AL 30/11/2024 | | | | | |
| VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS) | $ | | | | | 2,045,538 |
| | DOS MILLONES CUARENTA Y CINCO MIL QUINIENROS TREINA Y OCHO PESOS | | | | | |

DANNY ROSELY CAÑON GARZON
C.C 1.014.243.387
cel: 3246801631

| | | |
|---|---|---|
| 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<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<br>FECHA: 2024-09-16 |

| | |
|---|---|
| CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y | |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA | DANNY ROSELY CAÑON GARZON |
| NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 1,014,243,387 |

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

| | |
|---|---|
| OBJETO DEL CONTRATO: | "PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E." |

| | | | |
|---|---|---|---|
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 3942 2024 | FECHA INICIO CONTRATO | 30/03/2024 |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | $ 1.511.547 | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | $ 24,056,481.00 | | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | | $ 2.138.517 |
| N° PAGO / N° DE INFORME: | 7 | N° CRP INICIAL: | 22544 | N° CDP INICIAL DEL CONTRATO | 599 |
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS | SEIS (6) MESES | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL: | 81625010 | OPERADOR: | MI PLANILLA |
| PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES: | AMBULATORIOS | | |
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | 5CH CENTRO DE SALUD CHIRCALES | | |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | DR GUILLERMO RUBIO GUIZA<br>DIRECTOR SERVICIOS AMBULATORIOS | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| N° DE MODIFICACIÓN: | N° (6) | TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA): | | | | ADICION (6) | PRORROGA ( 5 ) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VALOR ADICIONADO | $ 2,267,320 | CDP DE LA ADICIÓN: | 1261 | RP DE LA ADICIÓN: | 23918 | TIEMPO PRORROGADO: | 1 MES |
| VALOR ADICIONADO | $ 2,885,680 | CDP DE LA ADICIÓN: | 1618 | RP DE LA ADICIÓN: | 29198 | TIEMPO PRORROGADO: | 1 MES |
| VALOR ADICIONADO | $ 2,164,260 | CDP DE LA ADICIÓN: | 2199 | RP DE LA ADICIÓN: | 33041 | TIEMPO PRORROGADO: | 1 MES Y 10 DIAS |
| VALOR ADICIONADO | $ 6,492,780 | CDP DE LA ADICIÓN: | 2606 | RP DE LA ADICIÓN: | 36570 | TIEMPO PRORROGADO: | 3 MESES |
| VALOR ADICIONADO | $ 15,750 | CDP DE LA ADICIÓN: | 2784 | RP DE LA ADICIÓN: | 39923 | TIEMPO PRORROGADO: | N.A. |
| VALOR ADICIONADO | $ 3,094,129 | CDP DE LA ADICIÓN: | 3754 | RP DE LA ADICIÓN: | 47007 | TIEMPO PRORROGADO: | 2 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: | |

| III. POLIZAS (SI APLICA) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO? | SI | | NO | | |
| Nº DE PÓLIZA: | NO APLICA | | NOMBRE DE LA ASEGURADORA: | NO APLICA | |
| FECHA DE LA PÓLIZA | NO APLICA | | ACTO ADMINISTRATIVO DE | NO APLICA | |

**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 ( 01/11/2024) AL (30/11/2024)

**FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:**

VoBo Luz Stella Muñoz R.

Dr. Guillermo Rubio Güizo
Médico Cirujano General
RM 14244000

**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:**
**DR GUILLERMO RUBIO GUIZA**
**CARGO:**
**DIRECTOR SERVICIOS AMBULATORIOS**

**NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:**
**EDINSON SANCHEZ QUINTERO**
**PERFIL:**
**ENLACE DIRECCION AMBULATORIO**

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 | 1014243387 | DANNY ROSELY CAÑON GARZON | CL 2 N 89-35 | 3246801631 | DANNY_CA07@HOTMAIL.COM | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ, D.C. | BOGOTÁ, 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 | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2024-10 | 2024-10 | I | 13/11/2024 | 81625010 | $402.200 | |

## 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 | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 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 |
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 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 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 | 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 |

IBC Corrected: $162,500 Sanitas EPS

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 | 1014243387 | DANNY ROSELY CAÑON GARZON | CL 2 N 89-35 | 3248801631 | DANNY_CA07@HOTMAIL.COM | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, 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 | UPC |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | 1 | 0 |
| 2024-10 | 2024-10 | I | 13/11/2024 | 81625010 | TOTAL A PAGAR | |
| | | | | | $402.200 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Cotiza en el exterior | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario o 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 | 1014243387 | CAÑON GARZON DANNY ROSELY | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 1.300.000 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 1.300.000 | 162.500 | 14-11 | 1.300.000 | 3 | 31.700 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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