3213

| | | |
|---|---|---|
| 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 VERSIÓN: 2<br>FECHA: 2024-09-16 |

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

**LEIDI VIVIANA HURTADO PATAQUIVA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | | | **1.136.886.525** | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E | | | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 3213 2024** | | **FECHA INICIO CONTRATO** | **01/02/2024** | |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | **$ 3.951.904** | **PLAZO INICIAL DEL CONTRATO** | DOS ( 2 ) MESES | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | **21.735.472** | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | **$** | **1.975.952** |
| **Nº DE INFORME:** | DIEZ ( 10 ) | **Nº CRP:** | 17085 | **Nº CDP:** | 136 |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | ONCE (11) MESES | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | ISC HOSPITAL SANTA CLARA | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | **SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO** | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:** | OCHO ( 8 ) | **TIPO DE MODIFICACIÓN** | **ADICIÓNES** | **OCHO ( 8)** | **PRORROGAS** | **OCHO ( 8)** | |
| **VALOR ADICIONADO** | 1.975.952 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 957 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 22689 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | 1.975.952 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1372 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 26042 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | 1.975.952 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1722 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 29706 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | 1.975.952 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 2229 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 33847 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | 1.975.952 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 2661 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 38050 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | 1.975.952 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 3107 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 41136 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | 1.975.952 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 3385 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 43139 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | **$** 3.951.904 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 3657 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 45023 | **TIEMPO PRORROGADO:** | DOS ( 2) MESES |

**III. POLIZAS**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?** | | **SI** | | **NO** | **X** |
| **Nº DE PÓLIZA:** | 123 | | **NOMBRE DE LA ASEGURADORA:** | | ABC |
| **FECHA DE LA PÓLIZA** | DD/MM/AAAA | | **FECHA DE APROBACIÓN:** | | DD/MM/AAAA |

**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)**

| ITEM | |
|---|---|
| 1 | 1.Recepcioné, registré y confirmé las órdenes de servicio de observación de urgencias. |
| 2 | 2.Verifiqué contra historia clínica que se encuentren registrados todos los procedimientos realizados, dentro de la factura. |
| 3 | 3.Actualicé los datos del paciente y del acudiente en el sistema de información . |
| 4 | 4. Reporté ante trabajo social todos paciente que ingresaron como NN, inmigrantes y/o habitantes en vulnerabilidad. |
| 5 | 5. Adjunté las respuestas emitidas por trabajo social en el sistema de información. |
| 6 | 6. Confirmé todas las ordenes de salida asignadas en el turno y en el servicio de urgencias. |
| 7 | 7.Verifiqué contra historia clínica que se encuentren registrados todos los procedimientos realizados, dentro de la factura. |
| 8 | 8.Verifiqué y adjunté los soportes de tecnologías no incluidas en el plan de beneficios el reporte al ente respectivo ( MIPRES). |
| 9 | 9.Adjunté el soporte entregado por el área de autorizaciones de trámite según normatividad vigente para las EAPB y aseguradoras. |
| 10 | 10.Egresé oportunamente los pacientes del sistema de información, una vez se notifica orden de salida por el área asistencial. |
| 11 | 11.Generé orden de salida en sistema de información, firmé y entregué a los usuarios. |
| 12 | 12.Verifiqué y adjunté los soportes manuales generados en la prestación de servicios en sistema de información DGH. |
| 13 | 13.Elaboré facturas de los pacientes de urgencias,observación,recibos de caja oportunamente de acuerdo a la atención prestada al paciente a la contratación y normatividad vigente. |
| 14 | 14.Legalicé el dinero recibido por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios, en sistema de información y ante el área de tesoria. |
| 15 | 15.Diligencié la solicitud de credito del formato de acuerdo de pago y verificar el registro de la información suministrada por el usuario. |
| 16 | 16.Recibí a ingreso los abonos que realicen los usuarios o pacientes concepto de acuerdos de pago |
| 17 | 17.Realicé cierre de caja, arqueo y acta de entrega al área de tesoreria. |
| 18 | 18.Entregué las facturas generadas a diario soportadas y organizadas de acuerdo a los procesos y procedimientos del área. |
| 19 | 19.Corregí dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el revisor de cuentas. |
| 20 | 20.Brindé el apoyo necesario y realicé planes de contingencia en el momento en que no se cuenta con el sistema de información y base de datos afines. |
| 21 | 21.Realicé, distribuí y generé seguimiento a las pre-facturas enviadas al proceso de liquidación de los servicios de urgencias y hospitalización. |
| 22 | 22.Realicé actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S |
| 23 | 23.Realicé las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor del contrato. |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | **81215209** | **OPERADOR:** | **MI PLANILLA** |

| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
|---|---|---|---|
| **SALUD:** | **FAMISANAR** | 13/11/2024 | $ 163.100 |
| **PENSIÓN:** | **PORVENIR** | 13/11/2024 | $ 208.800 |
| **RIESGOS LABORALES:** | **SURA** | 13/11/2024 | $ 31.900 |
| **OTRO** | | | |
| | **TOTAL PAGADO** | | $ 403.800 |

**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 período correspondiente

**LEIDI VIVIANA HURTADO PATAQUIVA**
**CC: 1.136.886.525**
**CEL: 3222544056**

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

**DATOS DEL CONTRATISTA**

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **LEIDI VIVIANA HURTADO PATAQUIVA** | **CC:** | **1.136.886.525** |
| | | **RUT (NIT):** | |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | VIVIHURTADO9@GMAIL.COM | **TELÉFONO:** | **3222544056** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | Calle 71 D # 93 - 50 | **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.

| | | |
|---|---|---|
| **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:** | **BANCOLOMBIA** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **Nº CUENTA:** | **912-311251-20** |
| **NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA** | | | | | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 3213 2024** | **Nº CDP:** | **3657** | **Nº. RP:** | **45023** | **PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:** | **ONCE (11) MESES** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **01/02/2024** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | **31/12/2024** | | **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | **$ 21.735.472** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 01/11/2024 AL 30/11/2024** | | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)** | **UN MILLON NOVECINTOS SETENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS MDA/CTE** | | | | | | |
| | **$ 1.975.952** | | | | | | |

LEIDI VIVIANA HURTADO PATAQUIVA
**1136886525**
**CEL: 3222544056**

| | | |
|---|---|---|
| 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 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y | | | | | |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA | | | LEIDI VIVIANA HURTADO PATAQUIVA | | |
| NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | | | 1.136.886.525 | | |
| I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS COMO DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E | | | | |
| CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 3213 2024 | | FECHA INICIO CONTRATO | | 01/02/2024 |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | $ 3.951.904 | | | | |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | $ 21.735.472 | | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | | $ 1.975.952 |
| N° PAGO / N° DE INFORME: | DIEZ ( 10 ) | N° CRP INICIAL: | 17085 | N° CDP INICIAL DEL CONTRATO | 136 |
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS | ONCE ( 11 ) MESES | | | | |
| N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL: | 81215209 | | OPERADOR: | | MI PLANILLA |
| PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES: | FACTURACION - URGENCIAS | | | | |
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | 1SC HOSPITAL SANTA CLARA | | | | |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO | | | | |

| II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N° DE MODIFICACIÓN: | OCHO (8) | TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA): | | | | ADICION OCHO (8) | PRORROGA (8) |
| VALOR ADICIONADO | 1.975.952 | CDP DE LA ADICIÓN: | 957 | RP DE LA ADICIÓN: | 22689 | TIEMPO PRORROGADO: | UN (1) MES |
| VALOR ADICIONADO | 1.975.952 | CDP DE LA ADICIÓN: | 1372 | RP DE LA ADICIÓN: | 26042 | TIEMPO PRORROGADO: | UN (1) MES |
| VALOR ADICIONADO | 1.975.952 | CDP DE LA ADICIÓN: | 1722 | RP DE LA ADICIÓN: | 29706 | TIEMPO PRORROGADO: | UN (1) MES |
| VALOR ADICIONADO | 1.975.952 | CDP DE LA ADICIÓN: | 2229 | RP DE LA ADICIÓN: | 33847 | TIEMPO PRORROGADO: | UN (1) MES |
| VALOR ADICIONADO | 1.975.952 | CDP DE LA ADICIÓN: | 2661 | RP DE LA ADICIÓN: | 38050 | TIEMPO PRORROGADO: | UN (1) MES |
| VALOR ADICIONADO | 1.975.952 | CDP DE LA ADICIÓN: | 3107 | RP DE LA ADICIÓN: | 41136 | TIEMPO PRORROGADO: | UN (1) MES |
| VALOR ADICIONADO | 1.975.952 | CDP DE LA ADICIÓN: | 3385 | RP DE LA ADICIÓN: | 43139 | TIEMPO PRORROGADO: | UN (1) MES |
| VALOR ADICIONADO | $ 3.951.904 | CDP DE LA ADICIÓN: | 3657 | RP DE LA ADICIÓN: | 45023 | TIEMPO PRORROGADO: | DOS ( 2 ) MESES |

| 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? | | |
| 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? | | |
| 3 | ¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP? | | |
| 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? | | |
| 5 | ¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro? | | |

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: | SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO<br>DIRECTOR FINANCIERO<br><br>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 | 1136886525 | LEIDI VIVIANA HURTADO PATAQUIVA | Cra 93 d 69 48 sur | 3222544056 | vivihurtado9@gmail.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 | 81215209 | $403.800 | |

## 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 | | | | | |
| EPS017 | Famisanar EPS | 830003564-7 | 162.500 | 0 | | 0 | | 0 | 5 | 600 | 0 | 163.100 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 800 | 0 | 208.800 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 31.700 | | | | 31.700 | 5 | 200 | 31.900 | | | 317 | 31.900 | 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 | 5 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 5 | 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 | 163.100 |
| Pensión | 1 | 208.000 | 208.800 |
| Riesgos Laborales | 1 | 31.700 | 31.900 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 402.200 | 403.800 |

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 | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1136886525 | LEIDI VIVIANA HURTADO PATAQUIVA | | Cra 93 d 69 48 sur | 3222544056 | vivihurtado9@gmail.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 | 81215209 | $403.800 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colombiano en el Exterior | Área | 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 | 1136886525 | HURTADO PATAQUIVA LEIDI VIVIANA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.300.000 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS017 | 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