| | | |
|---|---|---|
| Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.** | |
| | **INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | SIASUR |

## DATOS DEL INFORME

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Periodo a Certificar:** | **Desde:** | 2024-11-01 | **Hasta:** | 2024-11-30 | |
| **Nombre del Contratista:** | SAMAEL VARGAS TOVAR | | **Número de Documento:** | 80123600 | |
| **Correo Electrónico:** | sama.05@hotmail.com | | **Número Telefónico:** | 3168761394 | |
| **Nombre del Supervisor:** | GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA | **Cargo:** | DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS | **Código - Grado:** | 009-05 |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 2744-2024 | **Año Contrato:** | 2024 | **CDP Contrato Inicial:** | 465 |
| **Perfil:** | MÉDICO GENERAL | | | | |
| **Dirección a la que Pertenece:** | DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS | | | | |
| **Unidad de Servicios:** | CENTRO DE SALUD DANUBIO AZUL - NUEVO | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| Centro de Costos | Dirección | Unidad | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total | Procetaje(%) Centro de Costos |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A10VM | DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS | USS MOCHUELO | 89 | 0 | 45330 | $4034370 | 65.6% |
| A10VN | DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS | USS PASQUILLA | 89 | 0 | 45330 | $4034370 | 65.6% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 8068740** | **OCHO MILLONES SESENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS CUARENTAPESOS** | | | | | |

## EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio del Contrato** | | 2024-02-01 | | **Fecha de Terminación del Contrato Inicial** | 2024-04-30 |
| **No. Prorroga** | **Fecha Inicio** | **Fecha Terminación** | **No. Adición** | **Valor Adición** | **CDP** |
| 1 | 2024-04-01 | 2024-06-30 | 1 | $ 12298320 | 1013 |
| 2 | 2024-06-01 | 2024-08-31 | 2 | $ 12298320 | 1541 |
| 3 | 2024-08-01 | 2024-10-31 | 3 | $ 12298320 | 2136 |
| 4 | 2024-10-01 | 2024-11-30 | 4 | $ 10051020 | 2617 |


***© Siasur - 2024***

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 5 | 2024-11-01 | 2024-12-31 | 5 | $ 8431380 | 2773 |

| No. Cuenta Según el Mes Certificado | Mes Cuenta de Cobro | Valor a Pagar |
|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 6149160 |
| 2 | MARZO | $ 6149160 |
| 3 | ABRIL | $ 6149160 |
| 4 | MAYO | $ 6149160 |
| 5 | JUNIO | $ 6149160 |
| 6 | JULIO | $ 6149160 |
| 7 | AGOSTO | $ 6149160 |
| 8 | SEPTIEMBRE | $ 6149160 |
| 9 | OCTUBRE | $ 7768800 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 18447480** | **$ 73824840** | **$ 56962080** | **$ 16862760** |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | 1). Prestar servicios de perfil Médico(a) acorde con la Lex Artis, según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantia y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes. | -CONSULTA MEDICA RESOLUTIVA - historia clínica y dinámica - -historia clínica y dinámica | -historia clínica y dinámica - |
| 2 | 2). Realizar actividades de información, educación, comunicación, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria. | -EN LA CONSULTA MEDICA SE BRINDA INFORMACIÓN DE COMO PROMOVER UNA MEJOR SALUD EN LA VIDA DIARIA DEL PACIENTE POR MEDIO DE RECOMENDACIONES DE BUENOS HÁBITOS ALIMENTICIOS, MEJORAR ESTILO DE VIDA Y PROMOVER EDUCACIÓN DE PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES -HISTORIA CLÍNICA | -HISTORIA CLÍNICA |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 3 | 3). Registrar en la historia clínica toda la información del acto médico, de forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas), simultánea o inmediatamente después de su realizaciòn, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protecciòn Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolucion 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique o sustituya) | -SE INDAGA EN LA CONSULTA MEDICA INFORMACIÓN DEL PACIENTE EDAD GENERO PROCEDENCIA EDUCACIÓN, MOTIVO DE CONSULTA ENFERMEDAD ACTUAL EXÁMENES FÍSICO SE LLEGA A UN DIAGNOSTICO POR MEDIO DE EXÁMENES Y PARACLINICOS QUE SEAN NECESARIOS PARA LLEGAR A UN TRATAMIENTO - | -HISTORIA CLÍNICA |
| 4 | 4). Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de medicina y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, estadísticas vitales, MIPRES, en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad. | -DENTIFICANDO EN LA CONSULTA MEDICA LAS NECESIDADES CLÍNICA QUE EL PACIENTES NECESITAN Y LA ELABORACIÓN DE FORMATOS COMO MIPRES Y REALIZÁNDOLOS CON TODOS LOS DATOS QUE SE NECESITAN - HISTORIA CLÍNICA Y FORMATOS DEL PACIENTE | -HISTORIA CLÍNICA Y FORMATOS DEL PACIENTE |
| 5 | 5) Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud, así como la consolidación de información para la trazabilidad de indicadores de la salud. | -EN LA CONSULTA MEDICA SE INDAGA SOBRE LAS NECESIDADES QUE PRESENTA EL USUARIO EN UN BUEN INTERROGATORIO BUEN EXAMEN FÍSICO Y UN BUEN DIAGNOSTICO PARA GUIARLOS O INTERCONSULTAR A LA NECESITA QUE REQUIERA EL PACIENTE PARA CANALIZARLO A LA RUTA QUE REQUIERA -HISTORIA CLÍNICA E INTERCOLCONSULTAS | -HISTORIA CLÍNICA E INTERCOLCONSULTAS |
| 6 | 6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente. | -EN LA CONSULTA MEDICA CANALIZAR AL USUARIO Y EN RUTAR AL PACIENTE SEGÚN SU NECESIDAD Y REQUERIMIENTO EN SU PATOLOGÍA DE BASE | -HISTORIA CLÍNICA E INTERCONSULTAS HISTORIA CLÍNICA E INTERCONSULTAS |
| 7 | 7). Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento médico acorde al cuadro clìnico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio. | -SE INDAGA EN LA CONSULTA MEDICA INFORMACIÓN DEL PACIENTE EDAD GENERO PROCEDENCIA EDUCACIÓN, MOTIVO DE CONSULTA ENFERMEDAD ACTUAL EXÁMENES FÍSICO SE LLEGA A UN DIAGNOSTICO POR MEDIO DE EXÁMENES Y PARACLINICOS QUE SEAN NECESARIOS PARA LLEGAR A UN TRATAMIENTO Y RESOLUCIÓN DE LA PATOLOGÍA | -HISTORIA CLÍNICA Y FORMULACIÓN PACIENTE |
| 8 | 8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evoluciòn, riesgo, complicaciòn del cuadro clìnico objeto de tratamiento. | -CON INFORMACIÓN CLARA LENGUAJE QUE ENTIENDAN LOS FAMILIARES Y PACIENTES EL ESTADO DE SALUD DE SU FAMILIAR | - AUDITORIAS HISTORIA CLÍNICA |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 9 | 9) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | -GUÍAS REUNIONES CURSOS REVISTAS MEDICAS , REUNIONES PROGRAMADAS POR LA INSTITUCIÓN -GUÍAS REUNIONES CURSOS REVISTAS MEDICAS , REUNIONES PROGRAMADAS POR LA INSTITUCIÓN -GUÍAS REUNIONES CURSOS REVISTAS MEDICAS , REUNIONES PROGRAMADAS POR LA INSTITUCIÓN | -GUÍAS REUNIONES CURSOS REVISTAS MEDICAS , REUNIONES PROGRAMADAS POR LA INSTITUCIÓN |


***© Siasur - 2024***

## INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

| Periodo al que corresponde el pago | | Fecha de Pago | | | Número de Planilla | Factura Electrónica | Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior | $ 7768800 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **AÑO** | **MES** | **AÑO** | **MES** | **DÍA** | 81130100 | - | | |
| **2024** | **OCTUBRE** | **2024** | **11** | **25** | | | | |
| **Valor honorarios certificados el mes anterior en letras** | | | | | **SIETE MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS PESOS** | | | |

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | PORVENIR | $ 3107520 | $ 497203 | **$ 544900** |
| Salud | | COMPENSAR | | $ 388440 | **$ 425700** |
| ARL | 3 | SURA | | $ 75699 | **$ 83100** |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 901864** | **$ 1053700** |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 24096562891 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | SAMAEL VARGAS TOVAR | 2024-11-27 22:32:24 |
| RECHAZADO SUPERVISOR | GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA | 2024-11-28 07:34:18 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | SAMAEL VARGAS TOVAR | 2024-11-29 11:30:47 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA | 2024-11-29 11:55:22 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO | 2024-11-30 11:14:31 |

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)
**NOTA:** La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo **SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



**GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA**
**DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS**

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 | 80123600 | SAMAEL VARGAS TOVAR | TRANSVERSAL 13 f bis este N 50- 34 sur | 6013918415 | sama.05@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 |
| 81130100 | 25/11/2024 | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2024-10 | 2024-10 | N | 27/11/2024 | 82065920 | $281.700 | |

## 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 | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 112.000 | 0 | | 0 | | 0 | 22 | 1.800 | 0 | 113.800 | 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 | 143.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | 22 | 2.300 | 0 | 145.700 | 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 | 21.800 | | | | 21.800 | 22 | 400 | 22.200 | | | 218 | 22.200 | 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 | 22 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 22 | 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 | 112.000 | 113.800 |
| Pensión | 1 | 143.400 | 145.700 |
| Riesgos Laborales | 1 | 21.800 | 22.200 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 277.200 | 281.700 |

PAGADA

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 | 80123600 | SAMAEL VARGAS TOVAR | | TRANSVERSAL 13 f bis este N 50- 34 sur | 6013918415 | sama.05@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 |
|---|
| 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 |
| 81130100 | 25/11/2024 | N | 27/11/2024 | 82065920 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2024-10 | 2024-10 | | | | $281.700 | |

## 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 | Estudiante | 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 | 80123600 | VARGAS TOVAR SAMAEL | 57 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 3.356.000 | 537.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 3.356.000 | 419.500 | 14-11 | 3.356.000 | 3 | 81.800 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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 | 80123600 | SAMAEL VARGAS TOVAR | TRANSVERSAL 13 f bis este N 50- 34 sur | 6013918415 | sama.05@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 | CANTIDAD UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2024-10 | 2024-10 | I | 25/11/2024 | 81130100 | $772.000 | |

## 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 | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 307.500 | 0 | | 0 | | 0 | 20 | 4.400 | 0 | 311.900 | 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 | 393.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | 20 | 5.600 | 0 | 399.200 | 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 | 60.000 | | | | 60.000 | 20 | 900 | 60.900 | | | 600 | 60.900 | 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 | 20 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 20 | 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 | 307.500 | 311.900 |
| Pensión | 1 | 393.600 | 399.200 |
| Riesgos Laborales | 1 | 60.000 | 60.900 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 761.100 | 772.000 |

PAGADA

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 | 80123600 | SAMAEL VARGAS TOVAR | | TRANSVERSAL 13 f bis este N 50- 34 sur | 6013918415 | sama.05@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 | 25/11/2024 | 81130100 | $772.000 | |

## 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 | Estornado | 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 | 80123600 | VARGAS TOVAR SAMAEL | 57 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 2.459.664 | 393.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 2.459.664 | 307.500 | 14-11 | 2.459.664 | 3 | 60.000 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contr…
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

**VER CONTRATO**

## Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

## Plan de Pagos

**¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?** Sí No

| Id de pago | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|---|---|---|---|---|---|

*No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados*

Crear

## Documentos de ejecución del contrato

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | CUENTA DE COBRO FEBRERO 2744-2024.pdf (Archivado) | CUENTA DE COBRO FEBRERO 2744-2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO 2744-2024 FEBRERO.pdf | CTO 2744-2024 FEBRERO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO 2744-2024 MARZO.pdf.pdf | CTO 2744-2024 MARZO.pdf.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | CUENTA ABRIL CONTRATO No 2744-2024.pdf (Archivado) | CUENTA ABRIL CONTRATO No 2744-2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO 2744-2024 ABRIL.pdf | CTO 2744-2024 ABRIL.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO 2744-2024 MAYO.pdf | CTO 2744-2024 MAYO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO 2744- 2024 JUNIO.pdf | CTO 2744- 2024 JUNIO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTA-2744-2024 JULIO.pdf | CTA-2744-2024 JULIO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO 2744- 2024 agosto.pdf | CTO 2744- 2024 agosto.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO 2744- 2024 SEPTIEMBRE.pdf | CTO 2744- 2024 SEPTIEMBRE.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO2744-2024 OCTOBRE.pdf | CTO2744-2024 OCTOBRE.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >