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:	LEDYS XIOMARA MONROY ROJAS		**Número de Documento:**	1024599078	
Correo Electrónico:	XIOMY.199ROJITAS@GMAIL.COM		**Número Telefónico:**	3102990261	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	7739-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	2545
Perfil:	TECNICO 1-EBE				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	USS SANTA MARTA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
V07UI917	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS SANTA MARTA	184	0	13372	$2460448	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2460448**	**DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHOPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2024-10-22		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2024-11-30
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2024-11-01	2024-12-09	1	$ 0	0

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	OCTUBRE	$ 320928
2	NOVIEMBRE	$ 2460448

© Siasur - 2024

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3690561	**$ 3690561**	**$ 2781376**	**$ 909185**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Realizar apropiación conceptual de los lineamientos y fichas técnicas que se establezcan para cada convenio por parte de SDS	--APROPIACION DE LAS ACTIVIDADES Y LINEAMIENTOS PROPUESTOS EN EL CONVENIO.	-LISTAS DE ASISTENCIA
2	2. Realizar visita domiciliaria diligenciando caracterización familiar para la identificación y gestión de riesgos en salud, de acuerdo a las actividades y criterios establecidas en el lineamiento operativo	-REALIZAR VISITAS DOMICILIARIAS ESTRATEGIA DE RUTEO SEGUN IDENTIFICACION DE RIESGO DE LA POBLACION -CARACTERIZACION FAMILIAR IDENTIFICACION DE RIESGOS - ACTUALIZACION DE DATOS	-LISTADO DE FIRMAS -CARGUE DE INFORMACION AL APLICATIVO -LINK DE DILIGENCIAMIENTO DIARIO
3	3. Realizar activación de ruta, notificación de eventos de interés en salud pública, agentamiento según el riesgo identificado de cada uno de los usuarios y familias, y su respectivo seguimiento	-DERIVACION A LOS DIFERENTES PERFILES O PROFESIONALES -CANALIZACION SEGUN RIESGO IDENTIFICADO -PLANES DE CUIDADO	-ENVIO DE CANALIZACION - DILIGENCIAMIENTO DE LINK DE DERIVACIONNES A OTROS PROFESIONALES -CARGUE AL APLICATIVO DERIVACION A PLAN DE CUIDADO FAMILIAR
4	4. Desarrollar acciones integrales de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y gestión del riesgo según curso de vida de acuerdo a las necesidades de la población	-TAMIZAJES Y CARACTERIZACION FAMILIAR PARA IDENTIFICAR CUALQUIER TIPO DE RIESGO. -EDUCACION SOBRE ESTILO DE VIDA SALUDABLE ,ALIMENTACION BALANCEADA ACTIVIDAD FISICA Y SALUD MENTAL.	-LISTADO DE FIRMAS -CARGUE AL APLICATIVO NOTIFICACION DE ALERTAS -COMPROMISOS ESTRATEGICOS
5	5. validar el registro de la informacion con criterios de calidad en el aplicativo en linea dispuesto por la SDS	-PRE CRITICAS REALIZADAS A CARGO DEL LIDER Y OBSERVACIONES NOTIFICADAS	-CORREO -LISTA DE ASISTENCIA
6	6. Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones, recomendaciones obtenidas por parte del equipo de seguimiento asignado por la SDS, recomendaciones del referente.	-PLANES DE CUIDADO FAMILIAR - COMPROMISOS ESYRATEGICOS	-CARGUE AL APLICATIVO -LISTA DE FIRMAS
7	7. Participar en reuniones, asistencias técnicas, comités del cuidado convocadas por la subred y/o SDS	--PARTICIPACION A LAS CAPACITACIONES DE FORTALECIMIENTO ESTABLECIDAS DE MANERA VIRTUAL Y PRESENCIAL,APROPIACION DEL NUEVO MODELO,ESTRATEGIAS	-LISTA DE ASITENCIA LINKS VIRTUALES
8	8. Mantener Adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.	-CARGUE OPORTUNA AL APLICATIVO, CON CALIDAD DEL DATO. -ACTUALIZACION DE DATOS DEL USUARIO	-CARGUE AL APLICATIVO -LISTA DE FIRMAS
9	9. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	-CUMPLIMIENTO DE META SEGUN LO DISPUESTO EN EL LINEAMIENTO. -REPORTE DE CUALQUIER PRIORIDAD O DIFICULTAD PRESENTADA. -ASISTENCIA A LOS DIFERENTES COMITES . -ESTRATEGIA RUTEO SEGUN PRIORIDAD Y TIPO DE RIESGO IDENTIFICADO.	-LISTADO DE FIRMAS -LINK DE DILIGENCIAMIENTO DIARIO - ASISTENCIAS VIRTUALES -PLANES DE CUIDADO -CARGUE DE COMPROMISOS

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	$ 320928
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	81708397	-		
2024	OCTUBRE	2024	11	26				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	TRESCIENTOS VEINTE MIL NOVECIENTOS VEINTIOCHOPESOS

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 1300000	$ 208000	**$ 69333**
Salud		SURA		$ 162500	**$ 54167**
ARL	3	SURA		$ 31668	**$ 10556**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 377286**	**$ 134056**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO AV VILLAS	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	542863043

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	LEDYS XIOMARA MONROY ROJAS	2024-11-26 20:58:21
RECHAZADO SUPERVISOR	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2024-11-29 15:22:02
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	LEDYS XIOMARA MONROY ROJAS	2024-11-30 12:13:55
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	LEDYS XIOMARA MONROY ROJAS	2024-11-30 22:37:00
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2024-11-30 22:38:36
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-12-01 10:36:58
INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA	CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA	2024-12-11 11:38:56

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.

YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD

© Siasur - 2024

Nequi

Resumen de pago

Descripción de compra
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Estado de la solicitud
Transacción aprobada

Tienda
COMPENSAR-OI

Fecha de solicitud
26 de noviembre de 2024

CUS
1076038438

Referencia Nequi
M1022130

¿Cuánto?
$ 107.900,00

Valor de los impuestos
$ 0,00

Número de referencia 2
CC

Número de referencia 3
1024599078

Factura de comercio
81708397

Tu plata salió de:



Disponible

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	1024599078	LEDYS XIOMARA MONROY ROJAS	CL 66 SUR 26 24	3102990261	leidy.00rodri9@gmail.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	
2024-10	2024-10	I	26/11/2024	81708397	$107.900	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	43.400	0		0		0	5	200	0	43.600	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	55.500	0	0	0	0	5	200	0	55.700	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	8.500				8.500	5	100	8.600			85	8.600	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	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	43.400	43.600
Pensión	1	55.500	55.700
Riesgos Laborales	1	8.500	8.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	107.400	107.900

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	1024599078	LEDYS XIOMARA MONROY ROJAS		CL 66 SUR 26 24	3102990261	leidy.00rodri9@gmail.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	
2024-10	2024-10	I	26/11/2024	81708397	$107.900	

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	1024599078	MONROY ROJAS LEDYS XIOMARA	59	0			N	X																25-14	346.667	55.500	0	0	0	0	EPS010	346.667	43.400	14-11	346.667	3	8.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

7:17 1:06:00 14%

r.serviciocivil.gov.co

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DEL SERVICIO CIVIL DISTRITAL | BOGOTÁ

Iniciar Sesión

Percepción de ambiente organizacional (contratistas)



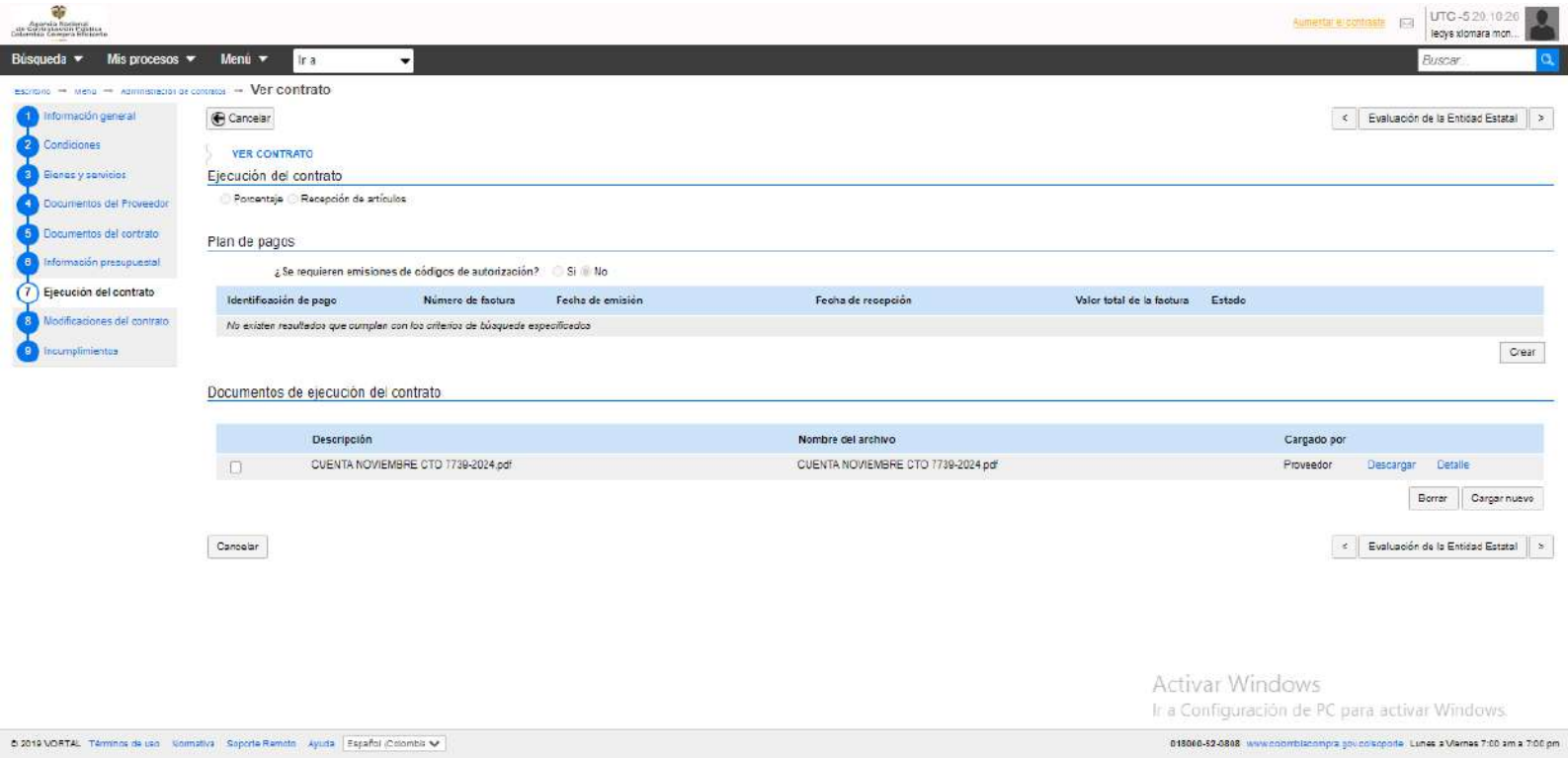
A continuación, se presenta el instrumento estándar de medición del ambiente organizacional y calidad de vida, el cual permite evaluar su percepción como colaborador(a) frente al entorno ofrecido por la entidad en la que desarrolla sus obligaciones y cumple sus objetivos; encontrará 66 afirmaciones, y teniendo en cuenta su grado de acuerdo o desacuerdo debe escoger la opción que más se acerque a sus apreciaciones. Sus respuestas son de carácter confidencial y los resultados obtenidos servirán de insumo para establecer planes de acción que contribuyan al fortalecimiento o mejoramiento del ambiente organizacional. Para una mayor confiabilidad de la escala es importante que todas las respuestas sean contestadas, además, recuerde que ninguna es correcta o incorrecta porque corresponde a su sentir sobre el factor a medir.

Fecha inicio medición: 2024-06-04 10:52:00 **Fecha fin medición:** 2024-09-30 10:52:00

Usted ya ha diligenciado el instrumento (**2024-11-12 19:17:29**), por lo tanto no es necesario que vuelva a diligenciarlo.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DEL SERVICIO CIVIL DISTRITAL | BOGOTÁ

Dirección: Carrera 30 # 25-90 Piso 9, costado oriental. Bogotá - Colombia
Teléfono: (+57) 601 3680038
E-mail: bienestar@serviciocivil.gov.co


Aumentar el contraste
UTC-5 20:10:26
leidys xiomara mon...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar
Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato
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 contrato
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? Si No
Identificación 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 NOVIEMBRE CTO 7739-2024.pdf
CUENTA NOVIEMBRE CTO 7739-2024.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >
Activar Windows
Ir a Configuración de PC para activar Windows.
© 2019 VORTAL Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)
018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 am a 7:00 pm

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **LEDYS XIOMARA MONROY ROJAS**, identificada con **CC** número **1024599078**, aportó por **LEDYS XIOMARA MONROY ROJAS** identificado(a) con **CC** número **1024599078** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 10 - 2024 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	59	X														0		8	$346,667	0.16000	$55,500	$0	$0	Octubre - 2024	81708397	26/11/2024	NO
14-11	ARL SURA	59	X														0		8	$346,667	0.02436	$8,500	$0	$0	Octubre - 2024	81708397	26/11/2024	NO
EPS010	EPS Sura	59	X														0		8	$346,667	0.12500	$43,400	$0	$0	Octubre - 2024	81708397	26/11/2024	NO

PAGADA

El presente certificado se expide a los **26** días del mes **Noviembre**de **2024**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

Comprobante

Movimiento hecho en:

Nequi

Número de referencia

M3570460

Pago realizado

Pago en

Compensar-oi

¿Cuánto?

$ 13.700,00

Fecha

30 de noviembre de 2024 a las 10:32 a. m.

¿Preguntas? Ve al menú Movimientos en la app Nequi y reporta un problema.

VIGILADO Superintendencia financiera de Colombia

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	1024599078	LEDYS XIOMARA MONROY ROJAS	CL 66 SUR 26 24	3102990261	leidy.00rodri9@gmail.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	CANTIDAD UPC
81708397	26/11/2024				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-10	N	02/12/2024	82183907	$13.700	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	5.400	0		0		0	11	100	0	5.500	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	6.900	0	0	0	0	11	100	0	7.000	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	1.100				1.100	11	100	1.200			11	1.200	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	11	0	0	0
ICBF				
0	11	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	5.400	5.500
Pensión	1	6.900	7.000
Riesgos Laborales	1	1.100	1.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	13.400	13.700

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1024599078	LEDYS XIOMARA MONROY ROJAS		CL 66 SUR 26 24	3102990261	leidy.00rodri9@gmail.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
81708397	26/11/2024				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-10	N	02/12/2024	82183907	$13.700	

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	1024599078	MONROY ROJAS LEDYS XIOMARA	59	0			N	X																25-14	390.000	62.400	0	0	0	0	EPS010	390.000	48.800	14-11	390.000	3	9.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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