2524
1 fl.

| | | |
|---|---|---|
| Secretaría Distrital 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**

**PAULA FERNANDA TORRES GIL**

| | |
|---|---|
| **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | 1.018.496.581 |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. EN UNIDAD PERSEVERANCIA |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | PS 2877 2024 | | **FECHA INICIO CONTRATO** | | 21/01/2024 |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 13.119.324 | **PLAZO INICIAL DEL CONTRATO** | 1 MES 28 DIAS | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $104.954.592 | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | | $ 8.887.284 |
| **N° DE INFORME:** | N.° 12 | **N° CRP:** | 14107 | **N° CDP** | 317 |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | 11 MESES 10 DIAS | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | 4PV CENTRO DE SALUD PERSEVERANCIA | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05 | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:** | 0 | **TIPO DE MODIFICACIÓN** | **ADICIÓNES** | 6 | **PRORROGAS** | | 6 |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 9.522.090 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1030 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 22326 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN MES (1) |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 9.522.090 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1270 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 25267 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN MES (1) |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 16.504.956 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1619 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 29277 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN MES (1) |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 9.522.090 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 2200 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 32547 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN MES (1) |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 28.566.270 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 2598 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 36670 | **TIEMPO PRORROGADO:** | TRES MESES (3) |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 12.907.722 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 3753 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 46948 | **TIEMPO PRORROGADO:** | DOS MESES (2) |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 5.290.050 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 4066 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 50065 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 1 mes |

**III. POLIZAS**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?** | **SI** | | **NO** | | X |
| **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 especificas del contrato realizadas durante el mes) |
|---|---|
| 1 | Brindé una atención en salud buscando los mejores estándares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada |
| 2 | Brindé una atención en salud buscando los mejores estándares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada |
| 3 | Presté mis servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura organica reglamentos administrativos, técnicos, cientificos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales |
| 4 | Realicé las actividades según las necesidades de la subred dando cobertura en todas las unidades en donde se oferta el servicio y sea requerido |
| 5 | Informé al paciente y su familia sobre la condición clinica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, conocer el grado de satisfacción sobre los servicios prestados y resolver inquietudes relacionadas con el proceso de atención |
| 6 | Llevé registro de las actividades, procedimientos e intervenciones, mantuve actualizados los informes estadisticos definidos por la institución y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación |
| 7 | Respeté los derechos del paciente, cumplí el código de ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se preste la atención |
| 8 | Realicé el seguimiento y control a pacientes en los que se requirió mi participación e impartí instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados |
| 9 | Emití conceptos médicos que se me requirieron, realicé resúmenes de historia clínica, epicrisis y otros documentos asistenciales o administrativos que fueron solicitados |
| 10 | Diligencié en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presentaron fallas del sistema) los formatos de las historias clínicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros propios de mi 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 firma y sello |
| 11 | Garanticé la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos |
| 12 | Garanticé la integridad y adecuado funcionamiento de los equipos, elementos e instalaciones, así como la utilización racional de 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 | Reporté al área de Recursos Físicos – Activos Fijos de la SUBRED, los equipos de mi propiedad, que se destiné a las actividades asistenciales |
| 14 | Participé 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 |

| | |
|---|---|
| 15 | Participé en las diferentes actividades del servicio, jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales fui convocado |
| 16 | Participé en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio |
| 17 | Apoyé a la Entidad en las actividades que demandó según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales |
| 18 | Participé 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 demandaron el servicio |
| 19 | Presté el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EPS-S-EAPB |
| 20 | Notifiqué los sucesos de seguridad que se presentaron durante el proceso de atención |
| 21 | Participé en los análisis a los que fui convocado e implementé las acciones de mejora definidas para el servicio |
| 22 | Reporté los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente |
| 23 | Desarrollé actividades de docencia de servicio en la revista médica y otro espacio dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio, para el desarrollo y formación del recurso humano en salud, si aplicaba |
| 24 | Instruí a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de mi especialidad |
| 25 | Informé al supervisor del contrato las novedades que afectaron el cumplimiento de mis obligaciones |
| 26 | Facilité las labores de supervisión que la SUBRED, realice en forma directa por la Subdirección de Servicios de Salud, la Oficina de Calidad y/o a través de terceros |
| 27 | Cumplí oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Garantía de Calidad |
| 28 | Acredité el cumplimiento del pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal durante la vigencia del contrato, requisito indispensable para generar cada pago a mi favor |
| 29 | Apoyé en la parte técnica las actividades de supervisión de los contratos cuando estas sean asignadas |
| 30 | Cumplí con las actividades establecidas en el respectivo contrato, cumpliendo con las directrices establecidas por la institución. |
| 31 | Cumplí las demás actividades asignadas por la supervisión del contrato |
| 32 | Realice valoracion, revaloracion y clasificacion TRIAGE del paciente en el servicio de urgencias |
| 33 | **Realice mis actividades contractuales en EL CAPS PERSEVERANCIA PARA UN TOTAL DE 264 HORAS** |

## V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | **82383718** | **OPERADOR:** | **MIPLANILLA** |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | FAMISANAR | 09-12-2024 | 465 600 |
| PENSIÓN: | PORVENIR | 09-12-2024 | 595 900 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 09122024 | 90800 |
| OTRO | CAJA DE COMPENSACION COMPENSAR | 09122024 | 74500 |
| TOTAL PAGADO | | | |

## 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 periodo correspondiente



PAULA FERNANDA TORRES GIL
CEDULA 1.018.496.581
CELULAR 3008007101

| | | |
|---|---|---|
| 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 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: (31/12/2024)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | PAULA FERNANDA TORRES GIL | **CC:** | 1018496581 |
| | | **RUT (NIT):** | 1018496581 |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | pautorresgil@gmail.com | **TELÉFONO:** | 3008001701 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | Cl 69 95 A 41 SUR AP 601 BL 4 | **CIUDAD:** | BOGOTA D.C |

**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** | | | | |
| **NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)** | **BANCOLOMBIA** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **Nº CUENTA:** | **16808509761** |

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

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 2877 2024** | **Nº CDP:** | 4066 | **Nº. RP:** | 50065 | **PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 11 MESES 10 DIAS** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **21/01/2024** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | **31/12/2024** | | **$104.954.592** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | DEL 01/12/2024 AL 31/12/2024 | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)** | **$** | | | | | **8.387.284** |
| | **OCHO MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS** | | | | | |

**PAULA FERNANDA TORRES GIL**
**C.C 1.018.496.581**
**Cel: 3008007101**

| | | |
|---|---|---|
| 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 | PAULA FERNANDA TORRES GIL |
| NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 1.018.496.581 |

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

| | |
|---|---|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 2877 2024 | | FECHA INICIO CONTRATO | | 21/01/2024 |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | $ 13.119.324 | | | | |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | $ 104.954.592 | | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | | 8.887.284 |
| Nº PAGO / Nº DE INFORME: | 12 | Nº CRP INICIAL: | 14107 | Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO | 317 |
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS | 11 (ONCE) MESES 10 DIAS | | | | |
| Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL: | 82383718 | | OPERADOR: | MI PLANILLA | |
| PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES: | URGENCIAS | | | | |
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | 4PV CENTRO DE SALUD PERSEVERANCIA | | | | |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05 | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| Nº DE MODIFICACIÓN: | Nº ( 0 ) | TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA): | | | | ADICION ( 7 ) | PRORROGA ( 7 ) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VALOR ADICIONADO | 9.522.090 | CDP DE LA ADICIÓN: | 1030 | RP DE LA ADICIÓN: | 22326 | TIEMPO PRORROGADO: | UN MES (1) |
| VALOR ADICIONADO | 9.522.090 | CDP DE LA ADICIÓN: | 1270 | RP DE LA ADICIÓN: | 25267 | TIEMPO PRORROGADO: | UN MES (1) |
| VALOR ADICIONADO | 16.504.956 | CDP DE LA ADICIÓN: | 1619 | RP DE LA ADICIÓN: | 29277 | TIEMPO PRORROGADO: | UN MES (1) |
| VALOR ADICIONADO | 9.522.090 | CDP DE LA ADICIÓN: | 2200 | RP DE LA ADICIÓN: | 32547 | TIEMPO PRORROGADO: | UN MES (1) |
| VALOR ADICIONADO | 28.566.270 | CDP DE LA ADICIÓN: | 2598 | RP DE LA ADICIÓN: | 36670 | TIEMPO PRORROGADO: | TRES MESES (3) |
| VALOR ADICIONADO | $ 12.907.722 | CDP DE LA ADICIÓN: | 3753 | RP DE LA ADICIÓN: | 46948 | TIEMPO PRORROGADO: | DOS MESES (2) |
| VALOR ADICIONADO | $ 5.290.050 | CDP DE LA ADICIÓN: | 4066 | RP DE LA ADICIÓN: | 50065 | TIEMPO PRORROGADO: | 1 MES |

**III. POLIZAS (SI APLICA)**

| ¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO? | SI | | NO | X |
|---|---|---|---|---|
| Nº DE PÓLIZA: | | NOMBRE DE LA ASEGURADORA: | | |
| FECHA DE LA PÓLIZA | | ACTO ADMINISTRATIVO DE | | |

**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 (01/12/2024) AL (31/12/2024)

| | |
|---|---|
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO: | FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO<br>DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05<br><br>CARLOS ALBERTO MARIN<br>EMERGENCIÓLOGO |

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 | 1018496581 | PAULA FERNANDA TORRES GIL | Calle 69 # 95 a 41 sur | 8022488 | pautorresg7@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 | |
| 2024-11 | 2024-11 | I | 09/12/2024 | 82383718 | $1.226.800 | |

## 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 | 465.600 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 465.600 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 595.900 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 595.900 | 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 | 90.800 | | | | 90.800 | 0 | 0 | 90.800 | | | 908 | 90.800 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 74.500 | 0 | 0 | 74.500 | 1 |

**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 | 465.600 | 465.600 |
| Pensión | 1 | 595.900 | 595.900 |
| Riesgos Laborales | 1 | 90.800 | 90.800 |
| CCF | 1 | 74.500 | 74.500 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 4 | 1.226.800 | 1.226.800 |

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 |
| CC | 1018496581 | PAULA FERNANDA TORRES GIL | | Calle 69 # 95 a 41 sur | 8022488 | pautorresgil@gmail.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 |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2024-11 | 2024-11 | I | 09/12/2024 | 82383718 | $1.226.800 | |

## ETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |
| CC | 1018496581 | TORRES GIL PAULA FERNANDA | 57 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 3.724.195 | 595.900 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS017 | 3.724.195 | 465.600 | 14-11 | 3.724.195 | 3 | 90.800 | CCF24 | 3.724.195 | 74.500 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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