192
19.

| | | |
|---|---|---|
| Secretaría Distrital 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 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** | | | | | | | |
| **LEIDY VIVIANA VALERO CORTES** | | | | | | | |
| **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | | | | **1.018.442.239** | | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION SERVICIO URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E | | | | | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | | **PS 4294 2024** | | **FECHA INICIO CONTRATO** | | **08/07/2024** | |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | **$ 6.982.866** | **PLAZO INICIAL DEL CONTRATO** | | **VEINTITRES DIAS (23)** | | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | **$ 47.610.450** | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | | **$ 6.771.264** | | | |
| **N° DE INFORME:** | **6** | **N° CRP:** | **35542** | **N° CDP:** | **1895** | | |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | **5 MESES;23 DIAS** | | | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | **4EG HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN** | | | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | **FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO**<br>**DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05** | | | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:** | **0** | **TIPO DE MODIFICACIÓN** | **ADICIÓNES** | **3** | **PRORROGAS** | **2** | |
| **VALOR ADICIONADO** | **$ 27.719.862** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | **2598** | **CRP DE LA ADICIÓN:** | **36731** | **TIEMPO PRORROGADO:** | **TRES MESES (3)** |
| **VALOR ADICIONADO** | **$ 11.638.110** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | **3753** | **CRP DE LA ADICIÓN:** | **47038** | **TIEMPO PRORROGADO:** | **DOS MESES (2)** |
| **VALOR ADICIONADO** | **$ 1.269.612** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 4066 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 50077 | **TIEMPO PRORROGADO:** | **UN MES (1)** |
| **VALOR ADICIONADO** | **$ 0** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | **0** | **CRP DE LA ADICIÓN:** | **0** | **TIEMPO PRORROGADO:** | **0** |
| **VALOR ADICIONADO** | **$ 0** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | **0** | **CRP DE LA ADICIÓN:** | **0** | **TIEMPO PRORROGADO:** | **0** |
| **VALOR ADICIONADO** | **$ 0** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | **0** | **CRP DE LA ADICIÓN:** | **0** | **TIEMPO PRORROGADO:** | **0** |
| **VALOR ADICIONADO** | **$ 0** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **CRP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | **0** |

**III. POLIZAS (SI APLICA)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **N° DE PÓLIZA:** | **N/A** | **NOMBRE DE LA ASEGURADORA:** | **N/A** |
| **FECHA DE LA PÓLIZA** | **N/A** | **FECHA DE APROBACIÓN:** | **N/A** |

| 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 actividades específicas realizadas durante el mes) |
|---|---|
| 1 | Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial y Notificacion de actividades contractuales de la supervision |
| 2 | Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial. |
| 3 | **Realice mis actividades contractuales, en el HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN 192 HORAS** |
| 4 | Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial. |
| 5 | Informé al paciente y su familia sobre la condición clinica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso. |
| 6 | Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial. |
| 7 | Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial. |
| 8 | Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial. |
| 9 | Emiti conceptos médicos que se me requirieron, realicé resúmenes de historia clinica, epicrisis en dinamica gerencial |
| 10 | Registro de historia clinica de forma manual en los formatos respectivos que posteriormente fueron cargados en el aplicativo Dinamica Gerencial. |
| 11 | Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial. |

| | |
|---|---|
| 12 | Registro en las actas de entrega de material de proteccion personal e insumos |
| 13 | Registro en las actas de entrega de material de proteccion personal e insumos |
| 14 | Notificacion de actividades contractuales de la supervision |
| 15 | Registro en las actas de asistencia a capacitaciones |
| 16 | Registro en las actas de asistencia a capacitaciones |
| 17 | Registro en las actas de asistencia a capacitaciones |
| 18 | Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial. |
| 19 | Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial. |
| 20 | Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial. |
| 21 | Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial. |
| 22 | Registro en las actas de asistencia a capacitaciones |
| 23 | Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial. |
| 24 | Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial. |
| 25 | Formatos de novedades de personal radicados en la oficina de la direccion de urgencias. |
| 26 | Formatos de novedades de personal radicados en la oficina de la direccion de urgencias. |
| 27 | Formatos de novedades de personal radicados en la oficina de la direccion de urgencias. |
| 28 | Presentacion de planilla mensual de aportes de seguridad social I tales como eps, fondo de pension y riesgos laborales |
| 29 | Registro en las actas de asistencia a capacitaciones |
| 30 | Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial. |
| 31 | Notificacion de actividades contractuales de la supervision |
| 32 | Asisti a capacitaciones y reuniones semanales |
| 33 | Realice valoración, revaloración y clasificación TRIAGE del paciente en el servicio de urgencias. |

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

| No. DE PLANILLA: | 82433443 | OPERADOR: | MI PLANILLA |
|---|---|---|---|

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | COMPENSAR | 10 12 2024 | 407200 |
| PENSIÓN: | PORVENIR | 10 12 2024 | 514800 |
| RIESGOS LABORALES: | SEGUROS BOLIVAR | 10 12 2024 | 73400 |
| OTRO | N/A | | |
| TOTAL PAGADO | | | 945400 |

**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)

Se adjuntan los soportes de las actividades adelantadas en el periodo. Documentos de Respuesta Agilsalud. Correo Electronico Institucional

Leidy Valero C.

**LEIDY VIVIANA VALERO CORTES**

**C.C. 1.018.442.239**

**CEL: 3192260852**

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION

CÓDIGO: AP-IA-FT-078
VERSIÓN: 2

| CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA | | | LEIDY VIVIANA VALERO CORTES | | | |
| NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: | | | 1.018.442.239 | | | |
| **I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | | | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION SERVICIO URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E | | | | | |
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 4294 2024 | | FECHA INICIO CONTRATO | | | 08/07/2024 |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | S 6.982.866 | | | | | |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | S 47.610.450 | | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | | | S 6.771.264 |
| N° PAGO / N° DE INFORME: | 6 | N° CRP INICIAL: | 35542 | N° CDP INICIAL DEL CONTRATO | | 1895 |
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS | 5 MESES;23 DIAS | | | | | |
| N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL: | 82433443 | | OPERADOR: | MI PLANILLA | | |
| PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES: | DIRECCION TECNICA DE URGENCIAS | | | | | |
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | 4EG HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN | | | | | |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO<br>DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05 | | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| N° DE MODIFICACIÓN: | 0 | TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA): | | | | ADICION 3 | PRORROGA 2 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VALOR ADICIONADO | S 27.719.862 | CDP DE LA ADICIÓN: | 2598 | RP DE LA ADICIÓN: | 36731 | TIEMPO PRORROGADO: | TRES MESES (3) |
| VALOR ADICIONADO | S 11.638.110 | CDP DE LA ADICIÓN: | 3753 | RP DE LA ADICIÓN: | 47038 | TIEMPO PRORROGADO: | DOS MESES (2) |
| VALOR ADICIONADO | S 1.269.612 | CDP DE LA ADICIÓN: | 4066 | RP DE LA ADICIÓN: | 50077 | TIEMPO PRORROGADO: | UN MES (1) |
| VALOR ADICIONADO | S 0 | CDP DE LA ADICIÓN: | 0 | RP DE LA ADICIÓN: | 0 | TIEMPO PRORROGADO: | 0 |
| VALOR ADICIONADO | S 0 | CDP DE LA ADICIÓN: | 0 | RP DE LA ADICIÓN: | 0 | TIEMPO PRORROGADO: | 0 |
| VALOR ADICIONADO | S 0 | CDP DE LA ADICIÓN: | 0 | RP DE LA ADICIÓN: | 0 | TIEMPO PRORROGADO: | 0 |
| VALOR ADICIONADO | S 0 | CDP DE LA ADICIÓN: | | RP DE LA ADICIÓN: | | TIEMPO PRORROGADO: | 0 |

**III. POLIZAS (SI APLICA)**

| N° DE PÓLIZA: | N/A | NOMBRE DE LA ASEGURADORA: | | N/A |
|---|---|---|---|---|
| FECHA DE LA PÓLIZA | N/A | ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN: | | N/A |

**IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS**

SE VERIFICA 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:**

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:
FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO
CARGO:
DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
CARLOS ALBERTO MARIN
PERFIL:
PROFESIONAL ESPECIALIZADO EMERGENCIOLOGO

| | | |
|---|---|---|
| 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:** | **LEIDY VIVIANA VALERO CORTES** | **C.C.** | **1.018.442.239** |
| | | **RUT(NIT):** | **141051394651** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | lviviana0301.j@gmail.com | **TELÉFONO:** | **3192260852** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **CALLE 17 A SUR # 3D - 33 ESTE** | **CIUDAD:** | **BOGOTÁ D.C.** |

**Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.**

| | | |
|---|---|---|
| **NO** tomaré costos y deducciones | | 0 |
| **SI** tomaré costos y deducciones | | X |

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.

| | | |
|---|---|---|
| **Régimen 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** 0 | **NO** X |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | OTRO | | | | |
| **NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRA EN LA LISTA DESPLEGABLE)** | DAVIVIENDA | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **0570004870407402** |

**NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ULTIMA ADICION (PERIODO OBJETO DE PAGO)**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DEL CONTRATO:** | **PS 4294 2024** | **N° CDP:** | 4066 | **N°. RP:** | 5007 | **PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :** **5 MESES;23 DIAS** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **08/07/2024** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | **31/12/2024** | | **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** **$ 47.610.450** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 01/12/2024 AL 31/12/2024** | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)** | **SEIS MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y UN MIL DOSCIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS** | | | | | |
| | **$ 6.771.264** | | | | | |

Leidy Valero C.

**LEIDY VIVIANA VALERO CORTES**
**C.C. 1.018.442.239**
**CEL: 3192260852**

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 | 1018442239 | LEIDY VIVIANA VALERO CORTES | CARRERA 2 #9 - 38 SUR | 3204124545 | LEIDY_VIVIANA16@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 | |
| 2024-11 | 2024-11 | I | | 82433443 | $995.400 | |

## 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 | 402.200 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 402.200 | 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 | 514.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 514.800 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-7 | Seguros Bolivar S.A. | 860002503-2 | 78.400 | | | | 78.400 | 0 | 0 | 78.400 | | | 784 | 78.400 | 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 | 402.200 | 402.200 |
| Pensión | 1 | 514.800 | 514.800 |
| Riesgos Laborales | 1 | 78.400 | 78.400 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 995.400 | 995.400 |

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 | 1018442239 | LEIDY VIVIANA VALERO CORTES | CARRERA 2 #9 - 38 SUR | 3204124545 | LEIDY_VIVIANA16@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: 1 / UPC: 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR |
| 2024-11 | 2024-11 | I | | 82433443 | $995.400 |

## 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 | IGE | 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 | 1018442239 | VALERO CORTES LEIDY VIVIANA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 3.217.000 | 514.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 3.217.000 | 402.200 | 14-7 | 3.217.000 | 3 | 78.400 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

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 | 1018442239 | LEIDY VIVIANA VALERO CORTES | | CARRERA 2 #9 - 38 SUR | 3204124545 | LEIDY_VIVIANA16@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: 1 / UPC: 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR |
| 2024-11 | 2024-11 | I | 10/12/2024 | 82433443 | $995.400 |

## 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 | CORRECCION | 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 | 1018442239 | VALERO CORTES LEIDY VIVIANA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 3.217.000 | 514.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 3.217.000 | 402.200 | 14-7 | 3.217.000 | 3 | 78.400 | | 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 | 1018442239 | LEIDY VIVIANA VALERO CORTES | | CARRERA 2 #9 - 38 SUR | 3204124545 | LEIDY_VIVIANA16@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 | |
| 2024-11 | 2024-11 | I | 10/12/2024 | 82433443 | $995.400 | |

## 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 | 402.200 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 402.200 | 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 | 514.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 514.800 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-7 | Seguros Bolivar S.A. | 860002503-2 | 78.400 | | | | 78.400 | 0 | 0 | 78.400 | | | 784 | 78.400 | 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 | 402.200 | 402.200 |
| Pensión | 1 | 514.800 | 514.800 |
| Riesgos Laborales | 1 | 78.400 | 78.400 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 995.400 | 995.400 |

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