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** **APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN** **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** **FECHA: 2024-09-16**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
DIEGO ALEJANDRO SUÁREZ DÍAZ					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.013.617.954				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1933 2025		**FECHA INICIO CONTRATO**		2/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$** 14.926.500	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	TRES (3) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$** 14.926.500		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$** 4.975.500
N° DE INFORME:	N° 1	**N° CRP:**	6514	**N° CDP:**	2
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	TRES (3) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	INGRID TATIANA ROJAS AVELLA - DIRECTORA ADMINISTRATIVA (E)				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	N/A	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	N/A	**PRORROGAS**	N/A	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		**SI**		**NO**	X
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** **(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)**
1	Consolidar adherencia SUBRED NOVIEMBRE/DICIEMBRE 2024 Consolidar número de ciclistas - Diciembre - San José Obrero Consolidar número de ciclistas - Diciembre - Centro Oriente Consolidar número de ciclistas - Diciembre - Santa Clara Consolidar número de ciclistas - Diciembre - Materno Infantil Consolidar número de ciclistas - Diciembre - Primero de Mayo Consolidar número de ciclistas - Diciembre - San Blas Consolidar número de ciclistas primer jueves del mes - Enero 2025 - Subred Centro Oriente. Entrega de incentivos ciclistas - Noviembre - San José Obrero Entrega de incentivos ciclistas - Diciembre - San José Obrero

2	Remisión solicitud de bienes y servicios - Adquisición de contenedores Actualizar consumo de servicios públicos - Noviembre - Altamira, Bravo Páez, Chircales, Diana Turbay, San Jorge y San José Obrero
3	Crear CARPETA DRIVE 2025 (Cuentas de cobro, POA (Consumo 2025, Control de plagas 2025, Lavado de tanques 2025, PGIRASA (RH1, Material aprovechable, Auditoria Gestor Externo, Seguimiento transportador, Verificación ruta sanitaria, Auditorias internas, Adecuaciones UAC, Cambio de contenedores, pedales, Indicadores Ecocapital, Residuos orgánicos, Pilas con el ambiente, Punto Azul, Informe UAESP, Informe AVU, RCD, Residuos cortopunzanes, Inventario contenedores, Anexo PGIRASA, Rutas sanitarias, Reporte IDEAM, Reporte SIRHO, Plan de Acción Interno, Informe PAI), PIGA (37 Carpetas), Reporte biciusuarios, Seguimiento POA 2025, Servicios Públicos), Recibos públicos 2025)
4	Elaborar informe de inclusión de criterios ambientales en los procesos de contratación 2024 Elaborar informe de Avances del programa distrital de compras verdes 2024 Elaborar Plan de Acción Interno - PAI 2025 Elaborar informe con soportes del Plan de Acción Interno - PAI 2024 Elabroar informe implementación Plan Integral de Movilidad Sostenible - PIMS 2024
5	Consolidar indicadores ECOTOOL - Diciembre - 2024 Elaborar matriz de consolidación indicadores ECOTOOL - Enero 2025 Descarga manifiestos de residuos peligrosos y material aprovechable - Noviembre -
6	Actualización formato AP-RF-FT-018 Formato RH1 Continuación - Residuos químicos Actualización formato AP-RF-FT-019 Formato RH1 Actualización formato AP-RF-FT-112 Formato RH1 Continuación - Residuos biológicos Actualización planos de ruta sanitaria - Centro de Salud Diana Turbay
7	No aplica para esta vigencia
8	Actualización formato AP-RF-FT-018 Formato RH1 Continuación - Residuos químicos Actualización formato AP-RF-FT-019 Formato RH1 Actualización formato AP-RF-FT-112 Formato RH1 Continuación - Residuos biológicos Actualización planos de ruta sanitaria - Centro de Salud Diana Turbay
9	Asistencia reunión equipo ambiental - Diciembre/Enero Elaborar acta de reunión equipo ambiental - Enero Elaborar PTT Comité de Gestión Ambiental - Diciembre 2024 de las siguientes unidades: Altamira, Bravo Páez, Chircales, Diana Turbay, San Jorge y San José Obrero
10	No aplica para esta vigencia
11	Remisión actas de inspección gestión ambiental - Centro de Salud Altamira Remisión actas de inspección gestión ambiental - Centro de Salud Chircales Remisión actas de inspección gestión ambiental - Centro de Salud Diana Turbay Remisión actas de inspección gestión ambiental - Centro de Salud San Jorge Remisión correo electrónico con observaciones ruta sanitaria - Centro de Salud Altamira Remisión correo electrónico con observaciones ruta sanitaria - Centro de Salud Diana Turbay Remisión correo electrónico con observaciones ruta sanitaria - Centro de Salud San Jorge
12	Actualizar matriz identificación de aspectos y valoración de impactos ambientales Actualizar matriz de requisitos legales
13	No aplica para esta vigencia
14	No aplica para esta vigencia
15	No aplica para esta vigencia
16	No aplica para esta vigencia
17	Capacitación PIGA - San José Obrero (09/12/2024) Capacitación PGIRASA - Chircales (10/12/2024) Capacitación PIGA - Chircales (10/12/2024) Capacitación PIGA - San José Obrero (13/12/2024) Entrega de bienes (Contenedores, rotulos, pedales y bidones) - Altamira (13/12/2024) Crear PQR 22360 - Revisión lavamanos - Diana Turbay Crear PQR 23030 - Solicitud reparación llave pileta - Chircales Crear PQR 23032 - Destaponamiento inodoro - Chircales Crear PQR 23033 - Reparación figa de agua - Chircales

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	82678467	**OPERADOR:**	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	13/01/2025	$ 248.800
PENSIÓN:	COLPENSIONES	13/01/2025	$ 318.500
RIESGOS LABORALES:	ARL SURA	13/01/2025	$ 48.500
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 615.800

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)

Correo electrónico; gestionambiental@subredcentrooriente.gov.co - DRIVE/2025/CUENTAS DE COBRO/ENERO/ 2. DIEGO

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: DIEGO ALEJANDRO SUÁREZ DÍAZ
CC: 1013617954
CEL: 3115259366

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
APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 6

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/01/2025)			
NOMBRES Y APELLIDOS:	DIEGO ALEJANDRO SUÁREZ DÍAZ	**CC:**	1013617954
		RUT (NIT):	1013617954-9
CORREO ELECTRÓNICO:	zeraus.diaz@gmail.com	**TELÉFONO:**	3115259366
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 12 SUR # 5A - 51 AP 305	**CIUDAD:**	BOGOTÁ

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

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:	**DAVIVIENDA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)	-	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**0570007590409384**

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

N° DEL CONTRATO:	**PS 1933 2025**	**N° CDP:**	**2**	**N°. RP:**	**6514**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: TRES (3) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2/01/2025**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/03/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 14.926.500**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 02/01/2025 AL 31/01/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	**$**					**4.975.500**
	CUATRO MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS PESOS MCTE					



NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: DIEGO ALEJANDRO SUÁREZ DÍAZ
C.C 1013617954
cel: 3115259366

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
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	**DIEGO ALEJANDRO SUÁREZ DÍAZ**
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**1.013.617.954**

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1933 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2/01/2025**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.926.500,00		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 14.926.500,00	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4.975.500,00

N° PAGO / N° DE INFORME:	(1 de 1)	**N° CRP INICIAL:**	6514	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	2
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES				

N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	82678467	**OPERADOR:**	MI PLANILLA
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	RECURSOS FÍSICOS Y ABASTECIMIENTO - GESTIÓN AMBIENTAL		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	1SC HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	INGRID TATIANA ROJAS AVELLA - DIRECTORA ADMINISTRATIVA (E)		

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N/A	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICION (0)	PRORROGA (0)
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	XX
Nº DE PÓLIZA:	N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A		ACTO ADMINISTRATIVO DE		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 (02/01/2025) AL (31/01/2025)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:** **INGRID TATIANA ROJAS AVELLA** **CARGO:** DIRECTORA ADMINISTRATIVA **(E)**
	NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: **PAOLA PULIDO SALGADO** **PERFIL:** PROFESIONAL ESPECIALIZADO

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	1013617954	DIEGO ALEJANDRO SUAREZ DIAZ	Calle 12 Sur # 5a - 51	3115259366	zeraus.diaz@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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	13/01/2025	82678467	$615.800	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	248.800	0		0		0	0	0	0	248.800	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	318.500	0	0	0	0	0	0		318.500	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	48.500				48.500	0	0	48.500			485	48.500	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	248.800	248.800
Pensión	1	318.500	318.500
Riesgos Laborales	1	48.500	48.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	615.800	615.800

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	1013617954	DIEGO ALEJANDRO SUAREZ DIAZ		Calle 12 Sur # 5a - 51	3115259366	zeraus.diaz@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	
2024-12	2024-12	I	13/01/2025	82678467	$615.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colsanitas	Subtipo	Extranjero	Colsan. exterior	Extranjero	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	1013617954	SUAREZ DIAZ DIEGO ALEJANDRO	59	0			N																	25-14	1.990.200	318.500	0	0	0	0	EPS005	1.990.200	248.800	14-11	1.990.200	3	48.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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