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:**	2025-01-01	**Hasta:**	2025-01-20	
Nombre del Contratista:	INGRID NATALIA ROJAS GUEVARA		**Número de Documento:**	1013680046	
Correo Electrónico:	ingridnataliarojas98@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3132290283	
Nombre del Supervisor:	LIZ AMANDA SIERRA PINEDA	**Cargo:**	ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20	**Código - Grado:**	243-20

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1744-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	433
Perfil:	ENFERMERO				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS				
Unidad de Servicios:	USS TUNAL				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
I01TN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS TUNAL	90	30	19370	$2324400	92.2%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2324400**	**DOS MILLONES TRESCIENTOS VEINTICUATRO MIL CUATROCIENTOS PESOS**					

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	$ 14914900	1022
2	2024-06-01	2024-08-31	2	$ 9065160	1547
3	2024-08-01	2024-10-31	3	$ 6159660	2136
4	2024-10-01	2024-11-30	4	$ 1005160	2617
5	2024-11-01	2024-12-31	5	$ 7401420	2773
6	2024-12-01	2024-12-31	6	$ 116220	2962

© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
7	2024-12-31	2025-01-09	7	$ 1720056	2962
8	2024-12-31	2025-01-20	8	$ 1960244	26
9	2024-12-31	2025-01-20	9	$ 1960244	26
10	2024-12-31	2025-01-09	10	$ 1720056	2962
11	2025-01-01	2025-01-09	11	$ 1720056	2962
12	2025-01-09	2025-01-20	12	$ 1960244	26

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	FEBRERO	$ 5036200
2	MARZO	$ 4997460
3	ABRIL	$ 4183920
4	MAYO	$ 4881240
5	JUNIO	$ 4183920
6	JULIO	$ 3719040
7	AGOSTO	$ 4455100
8	SEPTIEMBRE	$ 3835260
9	OCTUBRE	$ 3254160
10	NOVIEMBRE	$ 5578560
11	DICIEMBRE	$ 5229900
12	ENERO	$ 2324400

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**VALOR TOTAL DEL CONTRATO**	**PAGOS REALIZADOS**	**SALDO DEL CONTRATO**
$ 10808460	**$ 60511880**	**$ 51679160**	**$ 8832720**

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 Enfermero(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.	Cumplir con los turnos programados, realizando actividades de cuidado y plan de cuidado de acuerdo a la patología del paciente estando o no en aislamiento.	Carpeta de entrega de turno, notas en la historia clínica (Sistema de Información Dinámica Gerencial Hospitalaria).
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.	Realizar los patrones de enfermería según el diagnostico del paciente, llevando a cabo planes y actividades a fin de la recuperación del paciente.	Historia clínicas de los pacientes atendidos dentro de los turnos programados, Carpeta de entrega de turno, notas en la historia clínica (Sistema de Información Dinámica Gerencial Hospitalaria).

© Siasur - 2025

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 informaciòn del acto paramédico (procedimiento y cuidado de enfermeria, de forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas distintas a 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,sustituya)	Ejecutar tratamientos, infectología, venopunciones, curaciones, toma de muestras de laboratorio, según normas y protocolos establecidos, estando o no en aislamiento el paciente, con su respectivo lavado e higienización de manos.	Carpeta de entrega de turno, notas en la historia clínica (Sistema de Información Dinámica Gerencial Hospitalaria).
4	4). Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de enfermeria y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	Registro claro, corto y conciso de todas las actividades y tratamientos aplicados al paciente estando o no en aislamiento.	Historias de los usuarios atendidos, Carpeta de entrega de turno, notas en la historia clínica (Sistema de Información Dinámica Gerencial Hospitalaria).
5	5). Asegurar la correcta administración de medicamentos de acuerdo a la prescripción médica escrita, legible, correcta, actualizada de acuerdo al protocolo establecido porla institución.	Realizar la entrega y recibo de turno según programación, cumpliendo el protocolo institucional del paciente estando o no en aislamiento.	Supervisión del jefe del servicio siguiente, Sistema de Información Dinámica Gerencial Hospitalaria y carpeta de entrega y recibo de turno.
6	6) Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud.	Velar por el correcto uso, mantenimiento y administración, de equipos, medicamentos e insumos de los servicios, que la Subred Sur me confié para la ejecución de las actividades pactadas, informando oportunamente al supervisor del contrato, las novedades y observaciones que puedan afectar al paciente, estando o no en aislamiento.	Carpeta de entrega de turno, notas en la historia clínica (Sistema de Información Dinámica Gerencial Hospitalaria).
7	7). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, conforme lo establece la Ley 911 de 2014 o norma que la modifique, adicione o sustituya.	Cumplir con los protocolos asistenciales respectivos al servicio de Hospitalización, tales como: lavado de manos, técnicas de aislamiento, administración y control de soluciones endovenosas, administración de medicamentos, administración y control de componentes sanguíneos, toma de muestras de sangre, registro de líquidos administrados y eliminados, entrega y recibo de turno, registro de historia clínica.	Carpeta de entrega de turno, notas en la historia clínica (Sistema de Información Dinámica Gerencial Hospitalaria).
8	8.)Realizar el seguimiento y custodia del carro de paro del servicio asignado de acuerdo al procedimiento y formatos institucionales.	Al finalizar cada turno se revisa el candado, la temperatura, la semaforización de los medicamentos e insumos, y se registra todo en el libro, contemplando el día a día su estado.	Libro de carro de paro.
9	9). Hacer seguimiento de control y evaluación al personal auxiliar de enfermería de acuerdo a sus competencias y actividades del servicio, acorde con la Ley 911 de 2014 o norma que la modifique adicione o sustituya.	Revisar y Supervisar las notas de cada auxiliar, cerciorándose de que anoten todos los datos del paciente desde el ingreso hasta el egreso, con sus respectivas actividades de enfermería, signos vitales, canalizaciones, glucometrías, entre otros.	Sistema de Información Dinámica Gerencial Hospitalaria.
10	10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	Promover y Prevenir la salud de los pacientes según el diagnostico interactuando con ellos, de forma que no se sientan solos y puedan estar tranquilos en su estadía en el hospital y servicio.	Entrega y recibo de turno en Sistema de Información Dinámica Gerencial Hospitalaria.

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	$ 5229900
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	83246264	-		
2024	DICIEMBRE	2025	01	09				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CINCO MILLONES DOSCIENTOS VEINTINUEVE MIL NOVECIENTOS PESOS			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PROTECCIÓN	$ 2091960	$ 334714	**$ 334800**
Salud		FAMISANAR		$ 261495	**$ 261500**
ARL	3	SURA		$ 50960	**$ 51000**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 607129**	**$ 647300**

INFORMACIÓN DE PAGO

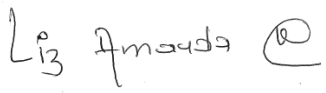
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	550008400819846

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	INGRID NATALIA ROJAS GUEVARA	2025-01-28 21:47:47
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	INGRID NATALIA ROJAS GUEVARA	2025-01-29 10:00:22
RECHAZADO SUPERVISOR	LIZ AMANDA SIERRA PINEDA	2025-01-29 23:14:32
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	INGRID NATALIA ROJAS GUEVARA	2025-01-30 00:42:16
RECHAZADO SUPERVISOR	LIZ AMANDA SIERRA PINEDA	2025-01-30 15:48:12
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	INGRID NATALIA ROJAS GUEVARA	2025-01-30 17:00:26
ACEPTADO SUPERVISIÓN	LIZ AMANDA SIERRA PINEDA	2025-01-30 17:06:23
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2025-01-30 21:58:52
INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2025-02-18 15:49:02

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.



LIZ AMANDA SIERRA PINEDA
ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20

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	1013680046	NGRID NATALIA ROJAS GUEVARA	KR 12 BIS 34C 17 SUR	3132290283	ingridnataliarojas9821@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	
2024-12	2024-12	I	09/01/2025	83246264	$647.300	

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	261.500	0		0		0	0	0	0	261.500	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	334.800	0	0	0	0	0	0		334.800	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	51.000				51.000	0	0	51.000			510	51.000	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	261.500	261.500
Pensión	1	334.800	334.800
Riesgos Laborales	1	51.000	51.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	647.300	647.300

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	1013680046	NGRID NATALIA ROJAS GUEVARA		KR 12 BIS 34C 17 SUR	3132290283	ingridnataliarojas9821@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
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	
2024-12	2024-12	I	09/01/2025	83246264	$647.300	

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	Exonerado	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	1013680046	ROJAS GUEVARA INGRID NATALIA	59	0			N																	230201	2.091.960	334.800	0	0	0	0	EPS017	2.091.960	261.500	14-11	2.091.960	3	51.000		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 Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

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_FEBRERO_1744-2024.pdf	CUENTA_FEBRERO_1744-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA_MARZO_1744-2024.pdf	CUENTA_MARZO_1744-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA_ABRIL_1744-2024.pdf	CUENTA_ABRIL_1744-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA_MAYO_1744-2024.pdf	CUENTA_MAYO_1744-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	INFORME MAYO 2024, CTO No.1744-24.pdf (Archivado)	INFORME MAYO 2024, CTO No.1744-24.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA_JUNIO_1744-2024.pdf	CUENTA_JUNIO_1744-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA_JULIO_1744-2024.pdf	CUENTA_JULIO_1744-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA_AGOSTO_1744-2024.pdf	CUENTA_AGOSTO_1744-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA_SEPTIEMBRE_1744-2024.pdf	CUENTA_SEPTIEMBRE_1744-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA_OCTUBRE_1744-2024.pdf	CUENTA_OCTUBRE_1744-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA_NOVIEMBRE_1744-2024.pdf	CUENTA_NOVIEMBRE_1744-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA_DICIEMBRE_1744-2024.pdf	CUENTA_DICIEMBRE_1744-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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	1013680046	NGRID NATALIA ROJAS GUEVARA	KR 12 BIS 34C 17 SUR	3132290283	ingridnataliarojas9821@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	
2025-01	2025-01	I	14/02/2025	84171518	$588.300	

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	237.300	0		0		0	2	400	0	237.700	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	303.700	0	0	0	0	2	500	0	304.200	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	46.300				46.300	2	100	46.400			463	46.400	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	2	0	0	0
ICBF				
0	2	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	237.300	237.700
Pensión	1	303.700	304.200
Riesgos Laborales	1	46.300	46.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	587.300	588.300

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	1013680046	NGRID NATALIA ROJAS GUEVARA		KR 12 BIS 34C 17 SUR	3132290283	ingridnataliarojas9821@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	
2025-01	2025-01	I	14/02/2025	84171518	$588.300	

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	1013680046	ROJAS GUEVARA INGRID NATALIA	59	0			N																	230201	1.897.848	303.700	0	0	0	0	EPS017	1.897.848	237.300	14-11	1.897.848	3	46.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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