| | | |
|---|---|---|
| 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**

**KAREN NATALIA GUARNIZO CASTILLO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | 1.099.208.758 | | | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO GINECOBSTETRA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. | | | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 1666 2025** | | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2/01/2025** | |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 75.229.440 | **PLAZO INICIAL DEL CONTRATO** | TRES (3) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 77.611.776 | | **VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:** | | $ 10.620.000 |
| **Nº DE INFORME:** | 4 | **Nº CRP:** | 6286 | **Nº CDP:** | 1 |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | TRES (3) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | 2LV HOSPITAL LA VICTORIA | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | JORGE EDUARDO CARO CARO | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:** | 1 | **TIPO DE MODIFICACIÓN** | **ADICIONES** | 1 | **PRORROGAS** | 0 | |
| VALOR ADICIONADO | $ 2.382.336 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 693 | **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** | | |
| **Nº DE PÓLIZA:** | 123 | **NOMBRE DE LA ASEGURADORA:** | ABC | | |
| **FECHA DE LA POLIZA** | DD/MM/AAAA | **FECHA DE APROBACIÓN:** | DD/MM/AAAA | | |

| 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 específicas del contrato realizadas durante el mes) |
|---|---|
| 1 | Realiza actividades asistenciales en servicio de hospitalizacion de la UMHES la Victoria y Materno Infantil, siguiendo protocolos y guias de practica clinica dentro del plan de manejo de su especialidad, con un alto nivel cientifico, ético y humano, de una manera oportuna y pertinente, en correspondencia con las necesidades de los pacientes. |
| 2 | Realiza actividades asistenciales en servicio de hospitalizacion de la UMHES la Victoria y Materno Infantil, siguiendo protocolos y guias de practica clinica dentro del plan de manejo de su especialidad, con un alto nivel cientifico, ético y humano, personalizada y humanizada, cumpliendo el principio de equida. |
| 3 | Realiza actividades asistenciales dando cumplimiento a las necesidades de la Subred cubriendo los servicios de consulta externa especializada en los CAPS, hospitalizacion partos urgencias y consulta prioritaria en la UMHES de la Victoria y Materno Infantil. |
| 4 | *Informar al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, generando un alto grado de satisfacción sobre los servicios prestados, resolviendo inquietudes* relacionadas con el proceso de atención. |
| 5 | Lidera el programa de parto humanizado, sexologia clinica - salud sexual y reproductiva programa de Interrupcion Voluntaria del Embarazo IVE, Enfermedades transmisibles, para lo cual se manejan los datos etadisticos, indicadores y registros. |
| 6 | Cumple con el codigo de ética médica y las disposiciones legales propias del servicio de ginecologia y obstetricia, asi como la socializacion y cumplimiento en la divulgacion de deberes y derechos institucionales a cliente interno y externo de la institucion. |
| 7 | Realiza el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación e impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados. |
| 8 | Entrega en los tiempos requeridos de los documentos, informes y resumen de historias clinicas pára los analisis previos y con la SDS de pacientes con sifilis gestacional, VI, mortalidad materna , morbilidad materna extrema. |
| 9 | Manejo oportuno de formatos de plan de contingencia, socializado a todo el equipo de ginecologia y obstetricia y aplicados en la consulta asistencial. |

| | |
|---|---|
| 10 | Garantiza la reserva y la custodio de los documentos de las pacientes. |
| 11 | Utilizo de manera adecuada los equipos, elementos e instalaciones y los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas. Siempre he respondido por la seguridad de los equipos que se encuentren bajo mi custodia |
| 12 | Portò el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales |
| 13 | Cumplò oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad |

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

| No. DE PLANILLA: | 84883934 | OPERADOR: | MI PLANILLA |
|---|---|---|---|
| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
| SALUD: | SANITAS | 10/03/2025 | $ 675.400 |
| PENSIÓN: | COLFONDOS | 10/03/2025 | $ 864.500 |
| RIESGOS LABORALES: | COLMENA | 10/03/2025 | $ 131.700 |
| OTRO | | | |
| **TOTAL PAGADO** | | | **$ 1.671.600** |

**VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA**

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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

Natalia Guarnizo

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: KAREN NATALIA GUARNIZO CASTILLO**
**CC: 1099208758**
***CEL: 3112634441***

| | 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: (31/03/2025)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | KAREN NATALIA GUARNIZO CASTILLO | **CC:** | 1099208758 |
| | | **RUT (NIT):** | NA |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | nata214_2@hotmail.com | **TELÉFONO:** | 3112634441 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | CARRERA 51 # 106-70 APTO 303 | **CIUDAD:** | BOGOTA |

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

| | |
|---|---|
| NO tomaré costos y deducciones | ( NO ) |
| 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:** | **BANCO BANCOLOMBIA** | | | | |
| **NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)** | | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **Nº CUENTA:** | **69900000817** |

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

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 1666 2025** | **Nº CDP:** | **693** | **Nº. RP:** | | **PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : TRES (3) MESES Y VEINTIUNEVE (29) DIAS** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **2/01/2025** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | **30/04/2025** | | **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 77.611.776** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | DEL 13/03/2025 AL 31/03/2025 | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)** | **$** | | | | | **10.620.000** |
| | **DIEZ MILLONES SEISCIENTOS VEINTE MIL PESOS M/CTE** | | | | | |

Natalia Guarnizo

KAREN NATALIA GUARNIZO CASTILLO
C.C 1099208758
cel: 3112634441

| | | |
|---|---|---|
| | 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<br>FECHA: 2024-09-16 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | | | |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | **KAREN NATALIA GUARNIZO CASTILLO** | | | | |
| **NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | **1.099.208.758** | | | | |
| **I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | | | | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO GINECOBSTETRA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. | | | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 1666 2025** | | **FECHA INICIO CONTRATO** | | **2/01/2025** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 75.229.440 | | | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 77.611.776 | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | | $ 10.620.000 |
| **N° PAGO / N° DE INFORME:** | (4 de 4) | **N° CRP INICIAL:** | 6286 | **N° CDP INICIAL DEL CONTRATO** | 1 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | TRES (3) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS | | | | |
| **N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:** | 84883934 | **OPERADOR:** | MI PLANILLA | | |
| **PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:** | DIRECCION DE HOSPITALIZACION MEDICINA | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | 2LV HOSPITAL LA VICTORIA | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | JORGE EDUARDO CARO CARO | | | | |

| **II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES** | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DE MODIFICACIÓN:** | N° ( 1 ) | **TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRORROGA):** | | | | ADICION ( 1 ) | PRORROGA ( 0 ) | |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 2.382.336 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 693 | **RP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | (MESES O DIAS ) | |
| **VALOR ADICIONADO** | $ - | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **RP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | (MESES O DIAS ) | |
| **VALOR ADICIONADO** | $ - | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **RP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | (MESES O DIAS ) | |
| **VALOR ADICIONADO** | $ - | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **RP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | (MESES O DIAS ) | |
| **VALOR ADICIONADO** | $ - | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **RP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | (MESES O DIAS ) | |
| **VALOR ADICIONADO** | $ - | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **RP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | (MESES O DIAS ) | |
| **VALOR ADICIONADO** | $ - | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **RP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | (MESES O DIAS ) | |

| **III. POLIZAS (SI APLICA)** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?** | **SI** | | **NO** | | |
| **N° DE PÓLIZA:** | XX | **NOMBRE DE LA ASEGURADORA:** | | XX | |
| **FECHA DE LA PÓLIZA** | DD/MM/AAAA | **ACTO ADMINISTRATIVO DE** | | XX | |

**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 ( 13/03/2025) AL (31/03/2025)

| | |
|---|---|
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:** | **NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: JORGE EDUARDO CARO CARO**<br>**CARGO: LIDER HOSPITAL LA VICTORIA**<br><br>**NOMBRE Y FIRMA REFERENTE: YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ**<br>**CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05** |

DIAN

# FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

DIAN

## Representación Gráfica

### Datos del Documento

**Código Único de Factura - CUFE :**
310822fee831466b6480f7d334e64bbbaf57b951c8da8cf813f32a8f62d7d6d16b1ce18a47af8f8b108a8603070b1b8e

**Número de Factura:** FE-41
**Fecha de Emisión:** 14/03/2025
**Fecha de Vencimiento:** 31/03/2025
**Tipo de Operación:** 10 - Estándar

**Forma de pago:** Contado
**Medio de Pago:** Transferencia Débito
**Orden de pedido:**
**Fecha de orden de pedido:**

### Datos del Emisor / Vendedor

**Razón Social:** GUARNIZO CASTILLO KAREN NATALIA
**Nombre Comercial:** GUARNIZO CASTILLO KAREN NATALIA
**Nit del Emisor:** 1099208758
**Tipo de Contribuyente:** Persona Natural
**Régimen Fiscal:**R-99-PN
**Responsabilidad tributaria:** ZZ - No aplica
**Actividad Económica:** 8621

**País:** Colombia
**Departamento:** Bogotá
**Municipio / Ciudad:** Bogotá, D.c.
**Dirección:** CR 51 106 70 AP 303
**Teléfono / Móvil:** 3112634441
**Correo:** nata214_2@hotmail.com

### Datos del Adquiriente / Comprador

**Nombre o Razón Social:** SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTROORIENTE E.S.E.
**Tipo de Documento:** NIT
**Número Documento:** 900959051
**Tipo de Contribuyente:** Persona Jurídica
**Régimen fiscal:** O-23
**Responsabilidad tributaria:** ZZ - No aplica

**País:** Colombia
**Departamento:** Bogotá
**Municipio / Ciudad:** Bogotá, D.c.
**Dirección:** DG 34 5 43
**Teléfono / Móvil:** 3444484
**Correo:** radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co

### Detalles de Productos

| | | | | | | | | IMPUESTOS | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nro. | Código | Descripción | U/M | Cantidad | Precio unitario | Descuento detalle | Recargo detalle | IVA | % | INC | % | Precio unitario de venta |
| 1 | 1 | Honorarios Marzo 2025 | NIU | 1,00 | $ 17.117.088,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | | | | | $ 17.117.088,00 |

### Notas Finales

Linea de negocio:

## Datos Totales

**Documento generado el:**
14/03/2025 18:36:18
**Documento validado por la DIAN:**
14/03/2025 18:36:19
**XML Generado por: Solución Gratuita DIAN**
800197268
**PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN**
**Nit:800197268**

| | |
|---|---|
| MONEDA | COP |
| TASA DE CAMBIO | 0 |

| | |
|---|---|
| **Subtotal** | 17117088 |
| Descuento detalle | 0,00 |
| Recargo detalle | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | 17117088 |
| IVA | 0,00 |
| INC | 0,00 |
| Bolsas | 0,00 |
| Otros impuestos | 0 |
| **Total impuesto (=)** | 0 |
| **Total neto factura (=)** | 17117088 |
| Descuento Global (-) | 0,00 |
| Recargo Global (+) | 0,00 |
| **Total factura (=)** | **COP $** $ 17117088 |

**Valores informativos**

| | |
|---|---|
| **ANTICIPOS** | |
| Anticipos | 0 |

| | |
|---|---|
| **RETENCIONES** | |
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA | 0,00 |
| Rete ICA | 0,00 |

| | |
|---|---|
| MONEDA | COP |
| TASA DE CAMBIO | |

| | |
|---|---|
| **Subtotal** | 17.117.088,00 |
| Descuento detalle | 0,00 |
| Recargo detalle | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | 17.117.088,00 |
| IVA | 0,00 |
| INC | 0,00 |
| Bolsas | 0,00 |
| Otros impuestos | 0,00 |
| **Total impuesto (=)** | 0,00 |
| **Total neto factura (=)** | 17.117.088,00 |
| Descuento Global (-) | 0,00 |
| Recargo Global (+) | 0,00 |
| **Total factura (=)** | **COP $** $ 17.117.088,00 |

**Valores informativos**

| | |
|---|---|
| **ANTICIPOS** | |
| Anticipos | 0,00 |

| | |
|---|---|
| **RETENCIONES** | |
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA | 0,00 |
| Rete ICA | 0,00 |

Numero de Autorización: 18764090196226 Rango desde: 41 Rango hasta: 500 Vigencia: 2025-09-10

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 | 1099208758 | KAREN NATÁLIA GUARNIZO CASTILLO | Carrera 51 # 106-70 apto 303 | 3112634441 | nata214_2@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 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | 1 | 0 |
| | | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-02 | 2025-02 | I | 10/03/2025 | 84883934 | $1.671.600 | |

## 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 | 675.400 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 675.400 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 231001 | Colfondos | 800227940-6 | 864.500 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 864.500 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-25 | Riesgos prof Colmena | 800226175-3 | 131.700 | | | | 131.700 | 0 | 0 | 131.700 | | | 1.317 | 131.700 | 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 | 675.400 | 675.400 |
| Pensión | 1 | 864.500 | 864.500 |
| Riesgos Laborales | 1 | 131.700 | 131.700 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 1.671.600 | 1.671.600 |

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