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

**EVELIN MAYERLY BORDA LANDAZABAL**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | | | | **1.015.429.829** | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TRABAJADOR SOCIAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. | | | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 1454 2025** | | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2/01/2025** | |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | **$** | **14.838.912** | **PLAZO INICIAL DEL CONTRATO** | **CUATRO (4) MESES** | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | **$** | **14.838.912** | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | **$ 3.709.728** | |
| **Nº DE INFORME:** | **TRES (3)** | **Nº CRP:** | **6115** | **Nº CDP:** | **1** |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | **CUATRO (4) MESES** | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | **ISC HOSPITAL SANTA CLARA** | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | **SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ** | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:** | **0** | **TIPO DE MODIFICACIÓN** | **ADICIÓNES** | **0** | **PRORROGAS** | **0** | |
| **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** |
| **Nº DE PÓLIZA:** | **N/A** | **NOMBRE DE LA ASEGURADORA:** | | **N/A** |
| **FECHA DE LA PÓLIZA** | **N/A** | **FECHA DE APROBACIÓN:** | | **N/A** |

**IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO**

**(Deben ser coherentes con las obligaciones especificas del contrato realizadas durante el mes)**

| ITEM | |
|---|---|
| 1 | Se orienta al paciente y/o familiar sobre los requerimientos que se establecen desde la EPS e IPS, para el goce efectivo de la prestación de los servicios en salud firmas en planilla pacientes y/o familiar a quienes se les orientó sobre los derechos y deberes en salud - (36) registros firmados en planilla pacientes y/o familiar a quienes se les orientó sobre los derechos y deberes en salud. |
| 2 | Se alimentan bases de datos y matrices donde se consolida toda la información de cada usuario recepcionado por el área de trabajo social para realizar estudios de caso. Asi mismo ingreso de información a base de datos acerca de pacientes en abandono social - pacientes en seguimiento, por su condición irregular migrante en el pais. |
| 3 | Se desarrollan las actividades correspondientes al área de Trabajo Social en los servicios de atención médica. Se atiende llamado de cada servicio intra hospitalario interconsultante, iniciándose la respectiva intervención dando respuesta a los requerimientos - respuesta a interconultas por riesgo social. notas de seguimiento a pacientes hospitalizados en los servicios de alojamiento conjunto y sala de partos. |
| 4 | Se realiza solicitud de oxigeno a pacientes que se encuentran hospitalizados en los servicios de hospitalización, se realizan trámites a necesidad del servicio - trámite de oxigeno domiciliario radicado ante la oficina de Autorizaciones, siguientes se proyectan a necesidad del servicio. |
| 5 | Se desarrollan las gestiones y trámites correspondientes al área de Trabajo Social en los servicios, respecto a la atención de población vulnerable habitante de calle sin certificar, población extranjera e indocumentados - Estudios sociales de caso, realizados a pacientes migrantes en condición irregular |
| 6 | Se realizan (30) registros en aplicativo Cuéntanos Bogotá según barreras identificadas - Cargue de registros de usuarios en aplicativo Cuéntanos Bogotá. |
| 7 | Se realiza seguimiento a pacientes gestantes en articulación con el área de autorizaciones - diligenciamiento y entrega de ficha SIVIM, siguientes se proyectan a necesidad del servicio |
| 8 | Se socializa información a paciente en contexto de hospitalización/Urgencias sobre El Nuevo Modelo de Salud: Más Bienestar de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. - (24) registros firmados en planilla de socialización. |
| 9 | Se realiza trámites pertinentes frente a conocimiento de caso, solicitud de valoración y asignación de cupo para pacientes en abandono social, ante la Secretaria Distrital de Integración Social - paciente ubicados en hogares de paso para habitabilidad en calle de la Secretaria Distrital de Integración Social. |
| 10 | Se da respuesta a las actividades acordadas, y horarios establecidos por el supervisor del contrato. Se realiza pago de planilla de seguridad social en salud del mes correspondiente. Se sensibiliza a funcionarios en derechos y deberes en salud - (30) firmas en planilla de orientaciones a funcionarios en temas de derechos y deberes salud y servicio de ingreso, acceso, atención y egresos de paciente en el hospital. |
| 11 | En los casos en los que se requiere datos adicionales se verifica en la historia clinica con el fin de maximizar información requerida para el tratamiento de caso - Se complementa información de pacientes interconsultados por le servicio medico. |
| 12 | Se realiza asistencia y participación activa en el curso mensual, logrando asi fortalecer conocimientos y competencias para la integral prestación del servicio - Asistencia a curso establecido por la oficina, logrando obtener certificación del mismo |
| 13 | Se asiste a reunión mensual de Trabajo Social, en donde se exponen temas propios del servicio e inquietudes en la prestación del mismo - Se realiza evaluacióin de asistencia, se envia evidencia a grupo de Trabajo Social. |
| 14 | Se realiza apoyo a instituciones terceras o personas naturales que requieren del servicio de trabjo social, ej: talleres, donaciones entre otros - Se realiza acompañamiento por parte de Trabajo Social. |
| 15 | Se generan los espacios propicios para la asertiva atención de los usuarios, garantizando la reserva profesional de cada caso o situación presentada por el paciente - Atención de casos con garantia de derechos y confidecialidad. |
| 16 | Se da respuesta oportuna a los casos, seguimientos e interconsultas solicitadas, de acuerdo a la necesidad del servicio - Atención oportuna de casos, seguimientos, interconsultas y trámites emergentes. |
| 17 | Se asiste a los servicio con los elementos institucionales portados correctamente, asi como el ingresos a cads servicio de acuerdo a los protocolos establecidos por el servicio de epidemiologia - Se da cumpliiento a los protocolos establecidos tante en áreas comunes de los centros de salud, como en los servicios. |
| 18 | Se da cumplimiento a los requerimientos, solictudes y trámites establecidos por la Oficina - Cumplimiento oportuno de requermientos por parte del área administrativa. |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | **84434397** | **OPERADOR:** | **MI PLANILLA** |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | COMPENSAR | 10/03/2025 | $ 185.500 |
| PENSIÓN: | PORVENIR | 10/03/2025 | $ 237.500 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 10/03/2025 | $ 36.200 |
| OTRO | CCF COMPENSAR | 10/03/2025 | $ 29.700 |
| **TOTAL PAGADO** | | | **$ 488.900** |

**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)**

Turnos de fin de semana realizados los dias sabado 29 y domingo 30 de marzo, se enviarán los respectivos soportes al correo apoyotecnicoparticipación@subredcentrooriente.gov.co

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA**
**EVELIN MAYERLY BORDA LANDAZABAL**
**C.C 1.015.429.829**
**Cel: 310 223 1376**

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**
**FECHA: 2024-09-16**

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/03/2025**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **EVELIN MAYERLY BORDA LANDAZABAL** | **CC:** | **1015429829** |
| | | **RUT (NIT):** | **1015429829** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | lineveland@gmail.com | **TELÉFONO:** | **310 223 1376** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | Carrera 79 B # 40 A - 23 Sur | **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 | **( )** |

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

| | | |
|---|---|---|
| **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** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **488420551761** |
| **NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA** | | | | | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DEL CONTRATO:** | **PS 1454 2025** | **N° CDP:** | **1** | **N°. RP:** | **6115** | **PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :** | **CUATRO (4) MESES** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **2/01/2025** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | **30/04/2025** | | **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | **$ 14.838.912** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL** | **1/03/2025** | **AL** | **31/03/2025** | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)** | **$** | | | | | | **3.709.728** |
| | **TRES MILLONES SETECIENTOS NUEVE MIL SETECIENTOS VEINTIOCHO PESOS MDA/CTE** | | | | | | |

**EVELIN MAYERLY BORDA LANDAZABAL**
**C.C 1.015.429.829**
**Cel: 310 223 1376**

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
FECHA: 2024-09-16

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y**

| | |
|---|---|
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | **EVELIN MAYERLY BORDA LANDAZABAL** |
| **NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | **1.015.429.829** |

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TRABAJADOR SOCIAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E | | | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 1454 2025** | | **FECHA INICIO CONTRATO** | | **2/01/2025** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | **$** | | | | **14.838.912** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | **$** | **14.838.912** | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | | **$ 3,709,728** |
| **N° PAGO / N° DE INFORME:** | **TRES (3)** | **N° CRP INICIAL:** | **6115** | **N° CDP INICIAL DEL CONTRATO** | **1** |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | **CUATRO (4) MESES** | | | | |
| **N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:** | **84434397** | | **OPERADOR:** | | **MI PLANILLA** |
| **PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:** | **OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO** | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | **ISC HOSPITAL SANTA CLARA** | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | **SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ** | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

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

**III. POLIZAS (SI APLICA)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **¿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** | **ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:** | | | **N/A** |

**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,** **CERTIFICÓ** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del **1/03/2025** **AL** **31/03/2025**

**FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:**

**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:**
**SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ**
**CARGO:**
**JEFE DE OFICINA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO**

**NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:**
**MARTHA PATRICIA CARDENAS CARDENAS**
**PERFIL:**
**TÉCNICO ADMINISTRATIVO II**

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 | 1015429829 | EVELIN MAYERLY BORDA LANDAZABAL | cra 79 b # 40 a 23 sur | 3102231376 | lineveland@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: 1 / UPC: 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR |
| 2025-02 | 2025-02 | I | 10/03/2025 | 84434397 | $488.900 |

## 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 | 185.500 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 185.500 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 237.500 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 237.500 | 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 | 36.200 | | | | 36.200 | 0 | 0 | 36.200 | | | 362 | 36.200 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 29.700 | 0 | 0 | 29.700 | 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 | 185.500 | 185.500 |
| Pensión | 1 | 237.500 | 237.500 |
| Riesgos Laborales | 1 | 36.200 | 36.200 |
| CCF | 1 | 29.700 | 29.700 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 4 | 488.900 | 488.900 |

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 | 1015429829 | EVELIN MAYERLY BORDA LANDAZABAL | cra 79 b # 40 a 23 sur | 3102231376 | lineveland@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: 1 / UPC: 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR |
| 2025-02 | 2025-02 | I | 10/03/2025 | 84434397 | $488.900 |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Colombiano | Extranjero | Extranjero sin cédula | Colombiano 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 | 1015429829 | BORDA LANDAZABAL EVELIN MAYERLY | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.483.891 | 237.500 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.483.891 | 185.500 | 14-11 | 1.483.891 | 3 | 36.200 | CCF24 | 1.483.891 | 29.700 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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