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					
ERIKA PAOLA CARREÑO ARIAS					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		**1.023.948.617**			
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 DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1420 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2/01/2025**		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 14.838.912**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	**4 MESES**		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 14.838.912**	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 3.709.728**		
Nº DE INFORME:	**4 DE 4**	**Nº CRP:**	**6081**	**Nº CDP:**	**1**
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	**CUATRO (4) MESES**				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	**4EG HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN**				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**SHIRLEY JANNETH TORRES RODRIGUEZ . JEFE DE OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO.**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	**0**	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	**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:**	
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**	
Nº DE PÓLIZA:	**NA**		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	**NA**	
FECHA DE LA PÓLIZA	**NA**		**FECHA DE APROBACIÓN:**	**NA**	

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

ITEM	**(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)**
1	Prealizar la orientacion, direccionamiento y/o aclaraciones acerca de tramites administrativos necesarios para recibir atencion en salud...Para el presente mes se realizo las respectivas orientaciónes, direccionamiento y/o aclaraciones acerca de trámites administrativos necesarios para recibir atención en Salud a los usuarios que acuden a los centros de salud de las localidades de Martires, Santa Fe, Candelaria; se hace presencia en sala de espera y tambien se brinda atención a los usuarios que son direccionados a la Oficina de Servicio al Ciudadano del Centro de salud.
2	organizacion, seguimiento y asignacion de actividades del equipo en las unidades designadas... Se realiza organización, seguimiento y asignación de actividades del personal que se tiene a cargo en las unidades designadas; se lídera a equipo de trabajo a los Orientadores de Servicios, un técnico, se recibe organizan actividades de manera mensual.

3	asistir tecnicamente a la jefatura de la oficina y a los lideres de las unidades, brindando apoyo en comites y resolviendo las necesidades que surjan.... se hacen reuniones de acuerdo a la necesidad del servicio, se asisten a mesas técnicas programadas por la Jefe de Oficina, se participa en proceso de humanización y apoyo en mesas de mejoramiento continuo.
4	actualizacion de manuales, instructivos, procedimientos y formatos de la oficina, asi como la elaboracion de informes y demas asignados... Se actualizan constantemente los manuales, instructivos, procedimientos y formatos de la Oficina, así como la elaboración de informes mensuales, trimestrales y demás asignados; para el presente mes se hace actualización de Manual de Servicio al Ciudadanía, Taller pedagogico entre otros.
5	realizar los tramites respectivos para habitante de calle sin certificar, pacientes indocumentados, pacientes extranjeros segun cada caso, de igual modo la gestion de identificacion de los pacientes fallecidos en las diferentes uss de la subred integrada de servicios de salud centro oriente e.s.e.... Se articulan acciones con Secretaria Distrital de Ingregración Social para posible identificación para certificación de ciudadanos habitantes de calle y asignaciones de cupos institucionales; de acuerdo a la demanda que se prenseta el fin de semana asigando.
6	realizar el ingreso en el aplicativo cuentanos bogota de orientaciones grupales y de barreras de acceso identificadas durante la gestion, con el fin de evaluar las dificultades de accesibilidad que pueden presentar los usuarios en los servicios de salud.....Se Ingresa en el aplicativo Si Cuentanos las orientaciones grupales y barreras de acceso identificadas durante proceso de atención; se hace el registro correspondiente a la meta establecida desde la Oficina y se hace el seguimiento al equipo de trabajo a cargo.
7	coordinar y elaborar estrategias que promuevan la mejora continua en la prestacion del servicio al ciudadano.... Se coordina y elaboran estrategias que promuevan la mejora continua en la prestación del servicio al ciudadano; se realiza gestión de manera continua según necesidad del servicio para el presente mes se continua con el plan de contingencia de Contac Center y el aumento de usuarios en sala de espéra para demanda de asignacion de citas y demas servicios en los centros de salud.
8	gestion, trazabilidad y analisis a las pqrs interpuestas a la unidad correspondientes de la oficina para generar respuestas.....Se elaboran las respuestas a las PQRS interpuestas a las unidades a cargo, analizando los motivos y promoviendo la mejora continua durante la prestación del servicio. Se realiza análisis, gestión y seguimiento de acuerdo a los requerimientos que ingresan por los canales de escucha establecidos.
9	participar en los procesos de fortalecimiento de competencias a traves de los cursos y capacitaciones virtuales y presenciales establecidos por la subred integrada de servicios de salud centro oriente e.s.e. .....Se participa en los procesos de fortalecimiento de competencias a través de los cursos y capacitaciones virtuales y presenciales a los que sean convocados. Se asiste de manera continua y permanente a los que sean citados por la Jefe de Oficina o Referente de Servicio al Ciudadano
10	asistir a los espacios de fortalecimiento convocados por la oficina de participacion comunitaria y servicio al ciudadano y la subred integrada de servicios de salud centro oriente e.s.e.... Se apoyan los subprocesos teniendo en cuenta las necesidades propias de la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al ciudadano. Se gestiona de manera continua según necesidad y solicitudes realizadas por Jefe de Oficina y Referente de Servicio al Ciudadano
11	apoyar los subprocesos teniendo en cuenta las necesidades propias de la oficina de participacion comunitaria y servicio al ciudadano.... Se promueve la reserva y confidencialidad de datos e información de los diferentes aplicativos institucionales. Se da cumpliento de acuerdo a los protocolos y sistemas institucionales
12	garantizar la reserva y confidencialidad de datos e informacion de los diferentes aplicativos institucionales .... Se cumplen con las obligaciones de acuerdo con la demanda y tiempos requeridos según las necesidades del servicio en los centros de salud de las localidades de Martires, Santa Fe, Candelaria.
13	cumplir con las obligaciones de acuerdo con la demanda y tiempos requeridos segun las necesidades del servicio en los centros de salud y hospitales que conforman la subred integrada de servicios de salud centro oriènte e.s.e. .... Se porta visiblemente los elementos institucionales y adecuada presentación personal dando cumplimiento a los Manuales y procedimientos de la Oficina y de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E...Se porta carne institucional y chaqueta institucional
14	portar visiblemente los elementos institucionales y adecuada presentacion personal dando cumplimiento a los manuales y procedimientos de la oficina y de la subred integrada de servicios de salud centro oriente e.s.e.... Se porta de forma diaria y constante el carnet insitucional
15	las demas obligaciones que sean asignadas en la realizacion del objeto contractual. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.... Se cumplen con las obligaciones complementarias dispuestas en la matriz marco del contrato en cuanto a la Referencia de Servicio al Ciudadano en centros de salud de las localidades de Martires, Santa Fe, Candelaria; se recepciona la productividad por cada uno de los Orientadores de Servicio, se consolida, analiza y se reporta; se consolida la información correspondiente a motivos de inasistencia, taller pedagógico, archivo documental dejando registro en el drive correspondiente; socialización de indicadores a los lideres de sedes de los centros de salud de las localidades de Martires, Santa Fe, Candelaria

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	85157248	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	9/04/2025	$ 186.300
PENSIÓN:	PORVENIR	9/04/2025	$ 238.400
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	9/04/2025	$ 36.400
OTRO	CCF COMPENSAR	9/04/2025	$ 29.800
TOTAL PAGADO			$ 490.900

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)

Se realiza turno Trabajo Social los días 1 Y 2 de MARZO de 2025 en el Hospital Jorge Eliecer Gaitan, soportes enviados al correo apoyotecnicoparticipacion@subredcentrooriente.gov.co

Erika C.

ERIKA PAOLA CARREÑO ARIAS
CC: 1023948617
CEL: 3017583492

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: (30/04/2025)			
NOMBRES Y APELLIDOS:	**ERIKA PAOLA CARREÑO ARIAS**	**CC:**	1023948617
		RUT (NIT):	1023948617
CORREO ELECTRÓNICO:	**ERIKA96PAOLAGMAIL.COM**	**TELÉFONO:**	3017583492
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CARRERA 6A ESTE # 36K - 14 SUR**	**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 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.

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:					
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)	**SCOTIABANK COLPATRIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	2612097606

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

Nº DEL CONTRATO:	**PS 1420 2025**	**Nº CDP:**	**1**	**Nº. RP:**	**6081**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 4 MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2/01/2025**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**30/04/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $14,838,912**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 01/04/2025 AL 30/04/2025**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	**$**					**3.709.728**
	TRES MILLONES SETECIENTOS NUEVE MIL SETECIENTOS VEINTIOCHO PESOS					

Erika C

ERIKA PAOLA CARREÑO ARIAS
C.C. 1023948617
CEL: 3017583492

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		**ERIKA PAOLA CARREÑO ARIAS**			
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		**1.023.948.617**			
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 DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1420 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2/01/2025**		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$**				**14.838.912,00**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$** **14.838.912,00**	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 3.709.728,00**		
N° PAGO / N° DE INFORME:	**4 DE 4**	**N° CRP INICIAL:**	**6081**	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	**1**
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	**4 MESES**				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	**85157248**	**MI PLANILLA**			
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	**PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO**				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCION DE ACTIVIDADES:	**4EG HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN**				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**SHIRLEY JANNETH TORRES RODRIGUEZ.** **JEFE DE OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO.**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° DE MODIFICACIÓN:	**N° (0)**	**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:**	

III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**X**	
N° DE POLIZA:	**NA**	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		**NA**	
FECHA DE LA POLIZA	**NA**	**ACTO ADMINISTRATIVO DE**		**NA**	

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 **(01/04/2025) AL (30/04/2025)**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:** **SHIRLEY JANNETH TORRES RODRIGUEZ.** **CARGO:** **JEFE DE OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO.**
	NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: **MARTHA PATRICIA CARDENAS CARDENAS** **PERFIL:** **TECNICO 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	1023948617	ERIKA PAOLA CARREÑO ARIAS	CRA 6 A ESTE # 36 K 14 SUR	3112197715	ERIKA96PAOLA@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	
2025-03	2025-03	I	09/04/2025	85157248	$490.900	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	185.700	0		0		0	5	600	0	186.300	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	237.600	0	0	0	0	5	800	0	238.400	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	36.200				36.200	5	200	36.400			362	36.400	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	5	100	29.800	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	5	0	0	0
ICBF				
0	5	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	185.700	186.300
Pensión	1	237.600	238.400
Riesgos Laborales	1	36.200	36.400
CCF	1	29.700	29.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	489.200	490.900

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	1023948617	ERIKA PAOLA CARREÑO ARIAS	CRA 6 A ESTE # 36 K 14 SUR	3112197715	ERIKA96PAOLA@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	
2025-03	2025-03	I	09/04/2025	85157248	$490.900	

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	1023948617	CARREÑO ARIAS ERIKA PAOLA	59	0			N																	230301	1.485.000	237.600	0	0	0	0	EPS005	1.485.000	185.700	14-7	1.485.000	3	36.200	CCF24	1.485.000	29.700	0	0	0	0	0

PAGADA

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