| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | | | |
|---|---|---|---|
| **CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA** | Versión | 3 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
| | Fecha de aprobación | 2/15/2018 | |
| | Código: | 04-02-FO-0002 | |

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | LAURA MARCELA JIMENEZ SANCHEZ | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1022373311 | |
| CORREO ELECTRONICO: | lau.455@hotmail.com | | | | CELULAR: | 6017583902 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | EQUIPO ATENCION EN CASA ASUNCION BOCHICA | | | | SEDE: | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | SU46K33-5 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 7590405929 | | | | PENSIONADO | NO | |

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 3190 | | | VIGENCIA | 2025 | | |
| NÚMERO DE CDP | 815 | FECHA | 2025-03-31 08:25:36.000 | NÚMERO DE CRP | 19564 | FECHA | 2025-04-09 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PROFESIONAL ESPECIALIZADO | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | 2025-03-01 | | 2025-03-31 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $5,228,106 | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 0% | N/A | | | | |

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

| CONCEPTO | VALORES |
|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $10,456,212 |
| VALOR EJECUTADO | $8,887,781 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $5,228,106 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $1,568,431 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 85% |

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

| Número de Planilla | IBC DE COTIZACION | APORTE A SALUD 12.5% IBC | APORTE PENSION 16% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 84306062_85228763 | $1,463,870 | $182,984 | $234,219 | 3 | $35,660 | $452,863 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Marzo de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ
52744682
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada Subred Surcidente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

| OBLIGACIÓN | ACTIVIDADES | PRODUCTOS |
|---|---|---|
| 1. Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil gestor étnico, bachiller, técnico y/o tecnólogo, profesional, profesional especializado, conforme a lo establecido por los lineamientos distritales del Modelo de salud MAS Bienestar en el marco de los equipos extramurales, estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos en los documentos anexos del convenio, procesos, guías institucionales y nacionales vigentes. | Participar en reuniones de concertación de acciones intersectoriales y sectoriales locales de acuerdo a la misión institucional y sectorial para dar respuestas a necesidades sociales y de salud convocadas por Gobernanza. Participar en asistencias técnicas con Referentes Técnicos de la SDS. Realizar fortalecimiento de capacidades al talento humano de manera periódica, realizar depuración y validación de la base de eventos de interés en salud pública o casos a intervenir. Consolidar información relacionada al talento humano en el marco del proceso de planeación y seguimiento a la operación. Apoya la Planeación Estratégica Operativa, proponiendo la programación de actividades con base en el proceso de priorización y realizar pre crítica de las baSE | Listados de asistencia, que den cuenta de la participación. Documentos que dan cuenta de los informes. Instrumentos de seguimiento al talento humano. Actas de seguimiento a la calidad de las acciones desarrolladas por los equipos |
| 2. Participar activamente en las jornadas programadas tanto por la SDS como por la Sub Red Sur Occidente o las contempladas en el convenio asignado. | Participar en la planeación y gestión de jornadas de salud pública, asistencias técnicas de SDS virtual y presencial, participar en reuniones de direccionamiento técnico y organizar al talento humano para la ejecución de jornadas locales y distritales | Listados de asistencia, que den cuenta de la participación en la planeación, informes de jornadas con participación de los equipos básicos extramurales y actas de seguimiento a la calidad de las acciones desarrolladas por los colaboradores |
| 3. Desarrollar acciones de control social, demanda inducida, información, sensibilización, educación, canalización, atención, seguimiento, notificación de eventos de interés en salud pública y notificación de alertas a la población identificada. | Realizar recepción, direccionamiento y seguimiento a las acciones ejecutadas por los equipos frente a las necesidades identificadas con los usuarios. Fomentar la participación de los colaboradores en sesiones de fortalecimiento técnico en el proceso de notificación y activación de ruta | actas de seguimiento a las acciones de los equipos básicos extramurales, seguimientos a las respuestas de los casos reportados |
| 4. Prestar servicios desde los ejes de humanización y seguridad del paciente, de acuerdo a las guías y protocolos institucionales vigentes. | Seguimiento a la calidad de las acciones realizadas por los colaboradores en las familias dentro de los territorios. Fomentar la participación en los conversatorios de seguridad del paciente, para el fortalecimiento de habilidades para la atención | Listas de asistencia a procesos de fortalecimiento " |
| 5. Participar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reinducción, programadas por la Secretaria Distrital de Salud, por Dirección de Gestión del Riesgo, supervisora de contrato o subred. | Participar en asistencias técnicas programadas de manera virtual y presencial | Registro virtual y listados de asistenciA |
| 6. Fortalecer grupos de veeduría ciudadana, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud. | Fomentar los mecanismos de participación ciudadana como derecho de los individuos, haciéndolos participes de las acciones desarrolladas en el marco de los equipos extramurales " | Soportes de acompañamiento a la veeduría |
| 7. Realizar entrega de productos, informes requeridos, bases de datos, cargue de historia clínica (si aplica), aplicativos de la Subred o de la SDS entre otros o realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las observaciones de calidad dada por el supervisor del contrato, apoyo a la supervisión y/o líder del proceso, cumpliendo los principios de veracidad, oportunidad, calidad según dinámica y/o programación de cada una de las líneas de intervención. | Seguimiento a las acciones realizadas por los colaboradores en las familias verificando aspectos de calidad, oportunidad y veracidad del seguimiento a la población priorizada, el empoderamiento en las familias de acuerdo a las necesidades identificadas y el direccionamiento para la gestión de los riesgos" | Listas de chequeo de las acciones en campo |
| 8. Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE, SDS o por entes de control. | Revisión y alistamiento de soportes del entorno con los criterios de calidad exigidos por la SDS y presentación de los mismos ante el equipo auditor" | Actas de pre crítica y recepción de soportes, actas de presentación de auditoria" |
| 9. Elaborar y presentar cronograma mensual de actividades e informes de gestión y/o desarrollo del proceso según programación y hacer cumplimiento de los mismos. | Implementar estrategias de gestión para el cumplimiento de las actividades de acuerdo al cronograma proyectado, dando cumplimiento a las acciones como profesional de apoyo" | Formato de cronograma digital |

Copia Controlada Subred Sur Occidente

| | | |
|---|---|---|
| 10. Atender las solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a quejas asignadas. | "Dar respuesta a las solicitudes y quejas de manera oportuna, realizando entrega de respuestas e informes" | Dar respuesta a las solicitudes y quejas de manera oportuna, realizando entrega de respuestas e informes" |
| 11. Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos, según programación y necesidad del servicio. | Presentar soportes de incumplimiento a las acciones" | Actas de compromiso " |
| 12. Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de las actuaciones individuales. | Mantener un comportamiento acorde a los principios y valores institucionales y realizar seguimiento a las actuaciones de los colaboradores" | Acta de compromiso ante el incumplimiento |
| 13. Portar elementos de identificación de manera adecuada y constante en la ejecución de las acciones. 14.Resguardar y dar un óptimo uso a los equipos y/o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio. 15. Dar cumplimiento a la normativa | Velar por el porte correcto de los elementos de identificación institucional frente a la comunidad " | "Acta de compromiso ante el incumplimiento " |
| 14.Resguardar y dar un óptimo uso a los equipos y/o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio. | Dar uso correcto a los insumos suministrados por la subred suroccidente y cumplir con el mantenimiento periódico de los equipos" | Acta de entrega de equipos para mantenimiento y calibración " |
| 15. Dar cumplimiento a la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio. | Apoyar el proceso de gestión documental y custodiar los archivos de acuerdo a la normatividad | Actas e informes de gestión documental |

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ
52744682
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificado Subred Suroccidente

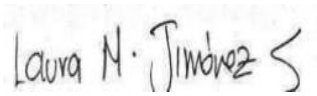
**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE NIT:900.959.048-4**

**DEBE A:**
**LAURA MARCELA JIEMENEZ**

**SANCHEZ CC 1.022.373.311**

La suma CINCO MILLONES DOS CIENTOS VENTIOCHO MIL CIENTO SEIS PESOS MONEDA CORRIENTE PESOS MCTE ($$5,228,106), por concepto de servicios como Profesional Especializado, en el marco del convenio Equipos Básicos Extramurales, durante el periodo del 1 al 31 de marzo de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3190-2025



LAURA MARCELA JIMENEZ SANCHEZ

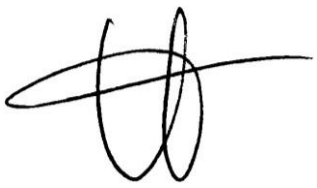
C.C. 1.022.373.311 de Bogotá

CUENTA DE AHORROS BANCO

DAVIVIENDA

NUMERO 007590405929

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al periodo de 1 al 31 de marzo 2025 y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.



YENNY CAROLINA ESPINOSA PINILLA
Apoyo a la supervisión Equipos
Básicos extramurales

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 DE COBRO FEBRERO 2025.pdf | CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.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 | 1022373311 | LAURA MARCELA JIMENEZ SANCHEZ | KR 72 N No 39 65 SUR BL 2 AP 408 | 7583902 | lau.455@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 | CANTIDAD UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-02 | 2025-02 | I | 10/03/2025 | 84306062 | $442.100 | |

## 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 | | | | | |
| EPS010 | EPS Sura | 800088702-2 | 178.000 | 0 | | 0 | | 0 | 5 | 600 | 0 | 178.600 | 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 | 227.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 800 | 0 | 228.600 | 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 | 34.700 | | | | 34.700 | 5 | 200 | 34.900 | | | 347 | 34.900 | 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 | 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 | 178.000 | 178.600 |
| Pensión | 1 | 227.800 | 228.600 |
| Riesgos Laborales | 1 | 34.700 | 34.900 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 440.500 | 442.100 |

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 | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1022373311 | LAURA MARCELA JIMENEZ SANCHEZ | KR 72 N No 39 65 SUR BL 2 AP 408 | 7583902 | lau.455@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 |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-02 | 2025-02 | I | 10/03/2025 | 84306062 | $442.100 | |

## 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 | Estornado | 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 | 1022373311 | JIMENEZ SANCHEZ LAURA MARCELA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 1.423.500 | 227.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS010 | 1.423.500 | 178.000 | 14-11 | 1.423.500 | 3 | 34.700 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# REPORTE DE LA PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE RAZÓN SOCIAL | DIRECCIÓN | TELÉFONO | FAX |
| CC | 1022373311 | LAURA MARCELA JIMENEZ SANCHEZ | KR 72 N No 39 65 SUR BL | 7583902 | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO |
| U | I | PRINCIPAL | PPAL | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PERIODO LIQUIDACIÓN | | | | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA MES AÑO) | NÚMERO RADICACIÓN | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD | SE ACOGE A LOS BENEFICIOS DE LEY 1429 DE 2010 A CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR |
| SALUD | | PENSIÓN, RIESGOS LAB, CAJA, SENA, ICBF | | | | | | |
| MES | AÑO | MES | AÑO | | | | | |
| 2 | 2025 | 2 | 2025 | I | 10 03 2025 | 84306062 | No | No |

| CENTRO DE TRABAJO | Todos | NÚMERO DE EMPLEADOS | 1 | NIT EMPRESA CONVENIO | Todos |
|---|---|---|---|---|---|

| No | DOCUMENTO | APELLIDOS Y NOMBRES | TIPO COT | SUB COT | EXT | COL EXT | Exon | COD MUN | COD DEP | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | EPS | AFP | ARL | CÓDIGO EPS | IBC EPS | TARIFA EPS | APORTE EPS | CÓDIGO AFP | IBC AFP | TARIFA AFP | APORTE AFP | FSP Solidaridad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CC 1022373311 | JIMENEZ SANCHEZ LAURA MARCELA | 59 | 0 | | | No | 001 | 11 | | | | | | | | | | | | | | | | 30 | 30 | 30 | EPS010 | $1,423,500 | 12.50% | $178,000 | 230201 | $1,423,500 | 16.00% | $227,800 | $0 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $178,000 | | | | $227,800 | $0 |

PAGADO

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

compensar | miplanilla.com

# REPORTE DE LA PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES



| No | DOCUMENTO | APELLIDOS Y NOMBRES | FSP Subsistencia | CÓDIGO ARL | IBC ARL | TARIFA ARL | CLASE RIE | APORTE ARL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CC 1022373311 | JIMENEZ SANCHEZ LAURA MARCELA | $0 | 14-11 | $1,423,500 | 2.44% | 3 | $34,700 |
| | | | $0 | | | | | $34,700 |

PAGADO

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 | 1022373311 | LAURA MARCELA JIMENEZ SANCHEZ | KR 72 N No 39 65 SUR BL 2 AP 408 | 7583902 | lau.455@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 |
| 84306062 | 10/03/2025 | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-02 | 2025-02 | N | 26/03/2025 | 85228763 | $12.800 | |

## 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 | | | | | |
| EPS010 | EPS Sura | 800088702-2 | 5.000 | 0 | | 0 | | 0 | 21 | 100 | 0 | 5.100 | 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 | 6.500 | 0 | 0 | 0 | 0 | 21 | 100 | 0 | 6.600 | 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 | 1.000 | | | | 1.000 | 21 | 100 | 1.100 | | | 10 | 1.100 | 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 | 21 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 21 | 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 | 5.000 | 5.100 |
| Pensión | 1 | 6.500 | 6.600 |
| Riesgos Laborales | 1 | 1.000 | 1.100 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 12.500 | 12.800 |

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 | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1022373311 | LAURA MARCELA JIMENEZ SANCHEZ | KR 72 N No 39 65 SUR BL 2 AP 408 | 7583902 | lau.455@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 |
| 84306062 | 10/03/2025 | N | 26/03/2025 | 85228763 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-02 | 2025-02 | | | | $12.800 | |

## 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 | Estornado | 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 | 1022373311 | JIMENEZ SANCHEZ LAURA MARCELA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 1.464.000 | 234.300 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS010 | 1.464.000 | 183.000 | 14-11 | 1.464.000 | 3 | 35.700 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# REPORTE DE LA PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE RAZÓN SOCIAL | DIRECCIÓN | TELÉFONO | FAX |
| CC | 1022373311 | LAURA MARCELA JIMENEZ SANCHEZ | KR 72 N No 39 65 SUR BL | 7583902 | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO |
| U | I | PRINCIPAL | PPAL | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PERIODO LIQUIDACIÓN | | | | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA MES AÑO) | NÚMERO RADICACIÓN | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD | SE ACOGE A LOS BENEFICIOS DE LEY 1429 DE 2010 A CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR |
| SALUD | | PENSIÓN, RIESGOS LAB, CAJA, SENA, ICBF | | | | | | |
| MES | AÑO | MES | AÑO | | | | | |
| 2 | 2025 | 2 | 2025 | N | 26 03 2025 | 85228763 | No | No |

| CENTRO DE TRABAJO | Todos | NÚMERO DE EMPLEADOS | 1 | NIT EMPRESA CONVENIO | Todos |
|---|---|---|---|---|---|

| No | DOCUMENTO | APELLIDOS Y NOMBRES | TIPO COT | SUB COT | EXT | COL EXT | Exon | COD MUN | COD DEP | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | EPS | AFP | ARL | CÓDIGO EPS | IBC EPS | TARIFA EPS | APORTE EPS | CÓDIGO AFP | IBC AFP | TARIFA AFP | APORTE AFP | FSP Solidaridad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CC 1022373311 | JIMENEZ SANCHEZ LAURA MARCELA | 59 | 0 | | | No | 001 | 11 | | | | | | | | | | | | | | | | 30 | 30 | 30 | EPS010 | $1,423,500 | 12.50% | ($178,000) | 230201 | $1,423,500 | 16.00% | ($227,800) | $0 |
| 2 | CC 1022373311 | JIMENEZ SANCHEZ LAURA MARCELA | 59 | 0 | | | No | 001 | 11 | | | | | | | | | | | | | | | | 30 | 30 | 30 | EPS010 | $1,464,000 | 12.50% | $183,000 | 230201 | $1,464,000 | 16.00% | $234,300 | $0 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $5,000 | | | | $6,500 | $0 |

PAGADO

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

**Los valores negativos corresponden al registro original de la planilla a corregir.**

# REPORTE DE LA PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES



| No | DOCUMENTO | APELLIDOS Y NOMBRES | FSP Subsistencia | CÓDIGO ARL | IBC ARL | TARIFA ARL | CLASE RIE | APORTE ARL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CC 1022373311 | JIMENEZ SANCHEZ LAURA MARCELA | $0 | 14-11 | $1,423,500 | 2.44% | 3 | ($34,700) |
| 2 | CC 1022373311 | JIMENEZ SANCHEZ LAURA MARCELA | $0 | 14-11 | $1,464,000 | 2.44% | 3 | $35,700 |
| | | | $0 | | | | | $1,000 |

PAGADO

**Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información**
**Los valores negativos corresponden al registro original de la planilla a corregir.**