| 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: | Jessika Paola Galindo Rodríguez | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1032478577 | |
| CORREO ELECTRONICO: | jessika.p.galindor@gmail.com | | | | CELULAR: | 3118715355 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | PIC VIGILANCIA DE LA SALUD AMBIENTAL | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | FO09K31 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 488413466506 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 9421 | | | VIGENCIA | | 2024 | |
| NÚMERO DE CDP | 1373 | FECHA | 2025-06-17 13:58:49.000 | NÚMERO DE CRP | 29033 | FECHA | 2025-06-25 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PROFESIONAL EN MEDICINA VETERINARIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2025-06-01 | | 2025-06-30 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $4,127,207 | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | PIC | 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: | $35,822,793 |
| VALOR EJECUTADO | $30,787,145 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $4,127,207 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $5,035,648 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 86% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 87402067 | $1,876,873 | $234,609 | $300,300 | 3 | $45,721 | $580,629 |

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio 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 Suroccidente

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 |
|---|---|---|
| Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil de gestor, 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 las acciones del plan de intervenciones colectivas PSPIC, en concordancia a 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 | Ejecucion visitas de Inspeccion Vigilancia y Control a restaurantes, cevicherias y comidas rápidas, supermercados intermedios, supermercados-hipermercados, expendios o almacenamientos de carne y/o productos cárnicos comestibles. | Actas de Inspeccion Vigilancia y Control a restaurantes, cevicherias y comidas rápidas, supermercados intermedios, supermercados-hipermercados, expendios o almacenamientos de carne y/o productos cárnicos comestibles. |
| Participar activamente en las jornadas programadas tanto por la SDS como por la Subred o las contempladas en el convenio asignado | Informes de actividad semanal y mensual. | Actas de reunión. |
| 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 | Informes de actividad semanal y mensual. | Actas de reunión. |
| . Prestar los servicios contratados desde los ejes de humanización y seguridad del paciente, de acuerdo con las guías y protocolos institucionales vigentes | Actas de entrega de soportes. | Actas de Inspección Vigilancia y Control. |
| Participar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reinducción, programadas por la secretaria Distrital de Salud o por la Subred | Actas de reunion, listados de asistencia. | Actas de reunión. |
| Fortalecer los grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud | Politica Institucional. | Actas de reunión. |
| Realizar entrega de productos, informes requeridos, bases de datos, 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 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. | Actas de entrega de soportes. | Actas de Inspección Vigilancia y Control |
| Alistar los soportes y presentar auditorías programadas tanto de la Subred, la SDS o por entes de contro | Informes de actividad formatos de preauditoria | Actas de entrega de soportes |
| Elaborar y presentar cronograma mensual de actividades e informes de gestión y/o desarrollo del proceso según programación y velar por el cumplimiento de estos | Ejecución de cronograma de actividades de inspección, vigilancia y control | Cronograma |
| Atender las diferentes solicitudes asignadas y dar respuesta de manera oportuna a las mismas | Actas de entrega de soportes. | Actas de Inspección Vigilancia y Control. |
| Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos, respondiendo a la disponibilidad según programación y necesidad del servicio. | Informes de actividad semanal y mensual | Actas de entrega de soportes |
| . Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales | Politica Institucional. | Actas de reunión. |
| Portar los elementos de identificación institucional de manera adecuada y permanente en la ejecución de las acciones, así como el uso eficiente de los insumos para el desarrollo de la actividad | Politica Institucional. | Actas de reunión. |
| . Cuidar y dar buen uso los equipos y/o elementos asignados en el contrato para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio | Politica Institucional. | Actas de reunión. |
| Cumplir con la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio | Informes de actividad formatos de preauditoria | Actas de entrega de soportes |
| Participar activamente en procesos y metodologías de atención ante un evento prioritario de Salud Pública o alertas epidemiológicas que se presente de manera crítica en la Subred, según se requiera | Actas de entrega de soportes. | Actas de Inspección Vigilancia y Control |

Copia Certificada
Subred Suroccidente

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

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE**

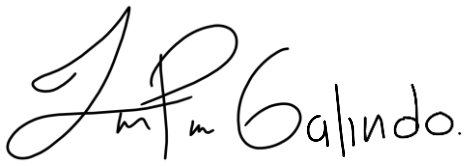
**NIT:900.959.048-4**

**DEBE A:**

**JESSIKA PAOLA GALINDO RODRIGUEZ**

**C.C 1032478577 DE BOGOTA**

La suma de cuatro millones ciento veintisiete mil doscientos siete pesos (4.127.207), por concepto de servicios como médica veterinaria en el proceso transversal Vigilancia Salud Ambiental, durante el periodo de 01 al 30 de junio del 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios número de contrato 9421-2024.



**JESSIKA PAOLA GALINDO RODRIGUEZ**
**C.C 1032478577 DE BOGOTA**
**CUENTADE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**

**NUMERO 4884-1346-6506**

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al mes de junio y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión



**_____**
**DANIEL CASTILLO CAICEDO**
**Apoyo a la supervisión**
**Proceso transversal Vigilancia en Salud Ambiental**


Aumentar el contraste
UTC -5 13:15:46
Jessika Paola Gal...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato
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
CERTIFICADO CUENTA DE COBRO 1 - 30 MES DE NOVIEMBRE JESSIKA PAOLA GALINDO.pdf
CERTIFICADO CUENTA DE COBRO 1 - 30 MES DE NOVIEMBRE JESSIKA PAOLA GALINDO.pdf
Proveedor Descargar Detalle
ADO CUENTA DE COBRO ICIEMBRE 2024 JESSIKA ALINDO.pdf
CERTIFICADO CUENTA DE COBRO MES DE DICIEMBRE 2024 JESSIKA PAOLA GALINDO.pdf
Proveedor Descargar Detalle
Datos guardados






ADO CUENTA DE COBRO NERO 2025 JESSIKA LINDO.pdf
CERTIFICADO CUENTA DE COBRO MES DE ENERO 2025 JESSIKA PAOLA GALINDO.pdf
Proveedor Descargar Detalle
ADO CUENTA DE COBRO EBRERO 2025 JESSIKA LINDO.pdf
CERTIFICADO CUENTA DE COBRO MES DE FEBRERO 2025 JESSIKA PAOLA GALINDO.pdf
Proveedor Descargar Detalle
ADO CUENTA DE COBRO ARZO 2025 JESSIKA LINDO.pdf
CERTIFICADO CUENTA DE COBRO MES DE MARZO 2025 JESSIKA PAOLA GALINDO.pdf
Proveedor Descargar Detalle
ADO CUENTA DE COBRO BRIL 2025 JESSIKA PAOLA .pdf
CERTIFICADO CUENTA DE COBRO MES DE ABRIL 2025 JESSIKA PAOLA GALINDO.pdf
Proveedor Descargar Detalle
ADO CUENTA DE COBRO AYO 2025 JESSIKA PAOLA .pdf
CERTIFICADO CUENTA DE COBRO MES DE MAYO 2025 JESSIKA PAOLA GALINDO.pdf
Proveedor Descargar Detalle
Borrar Cargar nuevo
Ayuda Español (Colombia)
018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.
Datos guardados

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 | 1032478577 | JESSIKA PAOLA GALINDO RODRIGUEZ | cra 52 bis n 17 60 | 1234567 | JESSIKA.P.GALINDO@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 | |
| 2025-05 | 2025-05 | I | 16/06/2025 | 87402067 | $575.100 | |

## 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 | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 232.400 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 232.400 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 297.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 297.400 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 45.300 | | | | 45.300 | 0 | 0 | 45.300 | | | 453 | 45.300 | 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 | 232.400 | 232.400 |
| Pensión | 1 | 297.400 | 297.400 |
| Riesgos Laborales | 1 | 45.300 | 45.300 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 575.100 | 575.100 |

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** |
| CC | 1032478577 | JESSICA PAOLA GALINDO RODRIGUEZ | | cra 52 bis n 17 60 | 1234567 | JESSIKA.P.GALINDO@HOTMAIL.COM |
| **FORMA PRESENTACIÓN** | **CLASE APORTANTE** | **NOMBRE SUCURSAL** | **CÓDIGO** | **DEPARTAMENTO** | **CIUDAD / MUNICIPIO** | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | |

| EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|---|
| 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** | |
| 2025-05 | 2025-05 | I | 16/06/2025 | 87402067 | $575.100 | |

## 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 | 1032478577 | GALINDO RODRIGUEZ JESSIKA PAOLA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.858.742 | 297.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.858.742 | 232.400 | 14-11 | 1.858.742 | 3 | 45.300 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

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 | 1032478577 | JESSIKA PAOLA GALINDO RODRIGUEZ | cra 52 bis n 17 60 | 1234567 | JESSIKA.P.GALINDO@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 |
| 87402067 | 16/06/2025 | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-05 | 2025-05 | N | 01/07/2025 | 87795905 | $6.000 | |

## 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 | 2.300 | 0 | | 0 | | 0 | 12 | 100 | 0 | 2.400 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 2.900 | 0 | 0 | 0 | 0 | 12 | 100 | 0 | 3.000 | 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 | 500 | | | | 500 | 12 | 100 | 600 | | | 5 | 600 | 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 | 12 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 12 | 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 | 2.300 | 2.400 |
| Pensión | 1 | 2.900 | 3.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 500 | 600 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 5.700 | 6.000 |

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 | 1032478577 | JESSIKA PAOLA GALINDO RODRIGUEZ | cra 52 bis n 17 60 | 1234567 | JESSIKA.P.GALINDO@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 |
| 87402067 | 16/06/2025 | N | 01/07/2025 | 87795905 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-05 | 2025-05 | | | | $6.000 | |

## 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 | 1032478577 | GALINDO RODRIGUEZ JESSIKA PAOLA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.876.874 | 300.300 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.876.874 | 234.700 | 14-11 | 1.876.874 | 3 | 45.800 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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