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:	MARTHA ISABEL VARGAS AGUILAR						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1015996968	
CORREO ELECTRONICO:	vargas.marthaisabel@gmail.com				CELULAR:	6014721482	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ADM DIRECCION DEL GESTION DEL RIESGO EN SALUD USS PABLO VI BOSA				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	PA16U09	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570005570389220				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	4170			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	1607	FECHA	2025-08-11 09:04:29.000	NÚMERO DE CRP	36443	FECHA	2025-08-20 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO II						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-07-01		2025-07-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$5,638,044				
TIPO DE SERVICIOS	Administrativo	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:	$22,552,176
VALOR EJECUTADO	$22,552,176
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$5,638,044
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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
87853389	$2,255,218	$281,902	$360,835	3	$54,937	$697,674

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Julio 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
1. Consolidación de las bases del area verificando ajustes, calidad y oportunidad,	Realizar ajustes en base de EISP SIVIGILA WEB, ajustes en base SIVIGILA DC, ajustes en Angeles guardianes, Respuesta a correos electronicos según requerimiento del area de VSP de la Subred Sur Occidente	Bases de datos con ajustes, respuetas de correo electronicos
2. Recibir la asistencia técnica de SDS (alistamiento de soportes en las unidades programadas, acompañamiento a las USS criticas mensualmente, capacitación al talento humano de las US5, informar al lider los hallazgos y realizar seguimiento al envió a 505 del plan de mejoramiento, articulación con equipo de cada sede asignada)	Atencion de assitencia tecnica trimestral, este mes no programado para Hospital Occidente de Kennedy. Se realiaron socializaciones en varios servicios	Programada 25 y 29 d ejulio 2025
3. Realizar 8A1 dlarla, semanal y mensual (realimentación a profesionales y envió de correo a lideres para gestionar las fichas pendientes),	Archivo de descarga diario según de verificacion de posibles eventos según unidad de atencion, solciitud de fichas de notificacion pendientes,	"archivo XLS envio de correo electronico soportes Whatsapp "
4. Verificación RUAF (verificar la notificación de EISP y estadisticas vitales con calidad y oportunidad, apoyar en asistencias tecnicas)	Verificacion de base RUAF semanal,	archivo XLS
5. Ajustes SVIGILA (Monitorear el envío de notificación super inmediata, inmediata y semanal con calidad y oportunidad incluyendo los fines de semana, realizar ajustes con oportunidad menor a 4 semanas, gestion de hallazgos según retroalimentación enviada por VSP/SOS/INS, gestion de resultados críticos enviados por laboratorio,	Envio de notificacion inmediata y semanal con calidad y oportunidad según	Correos electornicos y cargue de bases de los diferentes EISP en SIVIGILA WEB y SIVIGILA DC realizacion de ajustes
6. Realizar unidades de análisis de EISP (convocar, liderar, realizar acta y envió a los asistentes máximo en 3 días, participación de unidades distritales, revisión de tablero de problemas en Almera, seguimiento al envió de planes de mejoramiento por el lider, subir actas a Almera	Realizar convocatoria de uniades de analisis institucionales de los diferentes EIPS, según envio de convocatiria de unidades distritales y de mortalidad materna	"Envio de convocatoria Envio de acta preliminar y final de unidades institucionales Participacion en unidades de analisis distritales de SDS Diligenciamiento de drive de control de unidades de analisis y Carga de tableros de demora en Almera y articulacion con auditori de calidad para matricular planes de mejora en Almera Envio de acta preliminar y final por correo electronico de actas distritales "
7. Indicadores trazadores diligenciar antes del 10 de cada mes y participar en reunión mensual con ASIS,	Participacion de reunion de indicadores mensual	"Envio de correo electronico de bases de datos. Diligenciamiento de drive de indicadores trazadores Realizar acta según programacion "
8. Angeles guardianes (cumplir con el diligenciamiento de link de ingrasa y egreso can oportunidad y calidad),	"Diligenciamiento de link de ingreso y egreso a usuarias notificadas con evento 549, las cuales no cuentan con aseguramiento o son de EAPB CAPITAL SALUD Realizar gestion de casos relacionados en base de ajustes de ANGELES GUARDIANES "	Diligenciamiento en Drive, base de ingreso, egresos y ajustes de angeles guardianes.
9. Crónicos (Revisión con patologia para identificar casos relacionadas con cáncer y gestionar la realización de fichas y notificación),	Verificacion diaria de correos de patologia y articulacion con programa de cronicos para asignacion de cita y notificacion del evento de interes, seguimiento mensual de inicio de tratamiento telefonico	"Correo electronico Mensaje de Whatsapp Dilgienciamento en base sivigla web, fecha de inicio de tratamiento "
10, Realizar unidades de casos sin muestra cuando aplique,	Realizar convocatoria de uniades de analisis institucionales de los diferentes EIPS, según envio de convocatiria de unidades distritales y de mortalidad materna	"Envio de convocatoria Envio de acta preliminar y final de unidades institucionales Participacion en unidades de analisis distritales de SDS Diligenciamiento de drive de control de unidades de analisis y Carga de tableros de demora en Almera y articulacion con auditori de calidad para matricular planes de mejora en Almera Envio de acta preliminar y final por correo electronico de actas distritales "
11. Presentar realimentación permanente al lider de la unidad sobre: hallazgos de asistencias técnicas de SDS, resultados de BAI, calidad de fichas, comportamiento de notificación, socialización COVE y alertas epidemiológicas,	Socializacion de resultados de asistencia tecnica y acciones de mejora según hallazgos	Acta de socializacion
12. Diligenciar las DRIVE mensualmente (Viruela simica, casos centinela 345, resultados de asistencias técnicas, Indicadores institucionales, hallazgos de unidades de análisis, tiempos y movimientos, natificación mensual y fin/de semana, ICONTEC, notificación Capital Salud, otras EAPB y capacitaciones),	Diligenciamiento de DRIVE enunciados	Diligenciamiento de DRIVE enunciados
13. Realizar capacitaciones al talento humano en los servicios de facturación, consulta externa, hospitalización, urgencias sobre protocolos y alertas epidemiologicas,	Socializacion de COVES locales, alertas epidemiologicas a demanda y según concertacion con referentes tecnicos	Actas de socializacion

Copia Certificada
Subred Suroccidente

14. Verificar el diligenciamiento diario de fichas de notificación en dinamica,	Seguimiento diario de fichas de notificacion, realizacion de precritica, cargue en aplicativo SIVIGILA WEB - SIVIGILA DC, envio de correo electronico.	Archivo XLS diario, mañana, tarde según programacion de horario
15. Brindar respuesta oportuna a las solicitudes de a dirección de gestión del riesgo, otras direcciones, Capital Salud, SDS y INS, asegúrate, historias clinicas, fichas de notificación etc,	Respuesta a las diferentes solicitudes	Correo electronico
16. participación en COVE local, distrital y socialización de temas en las unidades y de Comité de Gestión de Riesgo,	"Asistencia a Cove local de la Subred Sur Occidente Socializacion de temas tratados en el cove local a los diferentes servicios de las unidades de atencion"	Actas de socializacion
17. Gestionar el cumplimiento semanal de vigilancia centinela,	Notificacion diaria, verificacion de cada caso cumplimiento a la definicion de caso y envio de correo electronico a lideres de eventos 345	Ingreso de casos a aplicativo SIVIGILA WEB, precritica de fichas, verificaicon de muestras, entrega a laboratorio clinico de paquete con ficha, hc y orden para envio a laboratorio de salud publica, verificacion de ajustes y realizarlos según envio de base distrital semanal.
18. En los casos de apertura de nuevas sedes debe gestionar con VSP la caracterización de la UPGD para la Instalación del aplicativo SIVIGLA y el inicio de proceso de notificación y en caso de cierre de UPGD informar a VSP para desinstalación de los aplicativos),	No programado para este mes	No programado para este mes
19. Participar en capacitaciones y reuniones a las que sea convocado,	Participacion de reuniones convocadas por VSP o jefe lider de vigilancia institucional según programacion	Listado de asistencias y actas.
20. Realizar cursos, piezas comunicativas, infografias, boletines que fortalezcan el proceso de notificación,	"Boletin epidemiologica bimestral de EISP sifilis "	Envio de correo electronico
21. Apoyar en las actividades que se requieran desde la Dirección de Gestión del Riesgo..	Dar respuesta a requerimientos según solicitados	Envio de correo electronico

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 08/2025

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

MARTHA ISABEL VARGAS AGUILAR

CC. 1015996968 DE BOGOTA

La suma de $5,638,044 CINCO MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL CUARENTA Y CUATRO PESOS. Por concepto de servicios PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2 durante el periodo de 1 AL 31 DE JULIO DE 2025. De conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios

N° 4170-2025



Nombre del contratista

MARTHA ISABEL VARGAS AGUILAR

CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA

NUMERO 570005570389220

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 1.0

Última Actualización: 24-jul-2025

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, MARTHA ISABEL VARGAS AGUILAR
IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ C.E. ◯ T.I. ◯ **No.** 1015996968 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
Dirección KR 104 16 28 TO 7 AP 904 **Teléfonos** 3228193950 6014721484

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Victoria Ariadna Calderón Vargas	1020005940	Hijo(a)
Valery Tahiana Calderón Vargas	1020002341	Hijo(a)

BOGOTÁ

Sideap 1.0

FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

Nombre:	MARTHA ISABEL VARGAS AGUILAR
Identificación:	1015996968
Entidad:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
Cargo:	
Correo:	vargas.marthaisabel@gmail.com
Tipo declaración:	Para actualizar durante el ejercicio del cargo
Fecha Declaración:	24/07/25

El/la servidor/a público/a o colaborador/a, se compromete desde ya, a informar a la Administración Distrital, de los eventos o situaciones potenciales o reales que puedan llegar a ser constitutivas de conflicto de intereses, así como de actualizar esta declaración en el momento en que se presente alguna de las tipologías que dé lugar a la configuración de un conflicto de interés.

Lo anterior, en aras de resguardar el interés general propio de la función pública y que este no entré en conflicto con el interés particular, de acuerdo a lo contemplado en la Leyes: 2016 de 2020 - Código de Integridad del Servicio Público Colombiano, adoptado para el Distrito Capital mediante el Decreto Distrital 118 de 2018; 1952 de 2019, modificada por la Ley 2094 de 2021 - Código General Disciplinario; 1437 de 2011 - Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y 190 de 1995 - Estatuto Anticorrupción anterior a la Ley 1474 de 2011.

Para efectos del diligenciamiento: Para actualizar durante el ejercicio del cargo

Para el efecto manifiesto bajo la gravedad del juramento:

Medellín, 30 de julio de 2025

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que MARTHA ISABEL VARGAS AGUILAR identificado(a) con C1015996968 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10159969682521140330

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección IP 10.205.28.13

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	ENTRENAMIENTO EN ACTIVIDADES ESPECIFICAS DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	Versión:	5	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	18/03/2025	
		Código:	06-00-FO-0001	

1. Colaborador	Nuevo OPS		Cambio Perfil OPS	X	Nuevo Planta		Reubicado Planta		
2. Nombres y apellidos del colaborador	Martha Isabel Vargas Aguilar								
3. Documento	Tipo de Documento: C.C._x__ C.E.___ Pasaporte___ Visa___ Número: ___1015996968_____								
4. Perfil o cargo	Profesional Especializado II								
5. Dependencia- Proceso - Área	Gestion del Riesgo - Epidemiologia Institucional								
6. Tipo de Vinculación	ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS OPS _x__ PLANTA ___ TERCEROS ___ OTROS ___ CUAL: _____								
7. Fecha de Ingreso/ reubicación a la Subred	DÍA ___01___ MES ____05_____ AÑO _____2025_____								

FECHA	RESPONSABLE (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)	8. DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	REALIZACION ACTIVIDAD			
			SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
30/04/2025	TALENTO HUMANO	Entrega de Clave Aula Virtual	X			YA SE CONTABA CON AFILIACIOM, CLAVE ALMERA Y CARNET
		Se realizó Afiliación a la ARL	X			
		Entrega de Carta de Presentación al Director/Jefe Correspondiente	X			
		Entrega de Carnet Institucional	X			
		Sensibilización Manual Especifico de Funciones y Competencias Laborales (Personal de Planta)			X	

FECHA	RESPONSABLE (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)	9. OFICINA SISTEMAS DE INFORMACIÓN	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
30/04/2025	OFICINA TICS	Entrega de usuario y contraseña	X			YA SE CONTABA CON USUARIO Y CONTRASEÑA, FIRMA DIGITAL DE CORREO Y SENSIBILIZACION
		Sensibilización formatos de historia clínica correspondientes	X			
		Sensibilización acuerdos de confidencialidad	X			
		Firma digital	X			

FECHA - Entrenamiento Procesos Transversales (Encuentro de Aprendizaje Virtual)	RESPONSABLE (Nombres y Apellidos Completos de la persona que envía invitación para el encuentro virtual)	10. ACTIVIDADES PROCESOS TRANSVERSALES PARA TODO EL TALENTO HUMANO (ASISTENCIAL - ADMINISTRATIVO) (Este espacio debe diligenciarlo después de la asistencia al Encuentro de Aprendizaje Virtual - Entrenamiento en Actividades Específicas que se realiza por medio de la Plataforma Teams. El cual es en horario de 7:00am a 12:30pm)	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
13/05/2025	TALENTO HUMANO	**Fecha Entrenamiento Procesos Transversales Virtual:**	X			
		Humanización	X			
		Entrenamiento Seguridad y Salud en el Trabajo	X			
		Plan Hospitalario de Gestión del Riesgo de Desastres	X			
		Participación y Atención al Usuario	X			
		Gestión de la Tecnología	X			
		Programa de la Prevención de Infecciones asociadas a la Atención en Salud - IAAS	X			
		Proceso de Notificación Eventos en Salud Pública	X			
		Seguridad de Paciente - Hemovigilancia - Reactivovigilancia - Farmacovigilancia	X			
		Gestión Documental	X			
		Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y de la Infancia Integral - IAMMI	X			

11. DIRECCIONES / OFICINAS

INFORMACIÓN DE UBICACIÓN DEL COLABORADOR (exclusivo diligenciamiento por las Direcciones / Oficinas)

Lugar de Ubicación Colaborador	Hospital Occidente de Kennedy
Servicio donde va a desarrollar actividades	Area administrativa - Epidemiologia
Fecha de Inicio del Entrenamiento (D/M/A)	30/04/2025
Fecha de Finalización (D/M/A)	30/04/2025

12. JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO

JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)	Monica Bibiana Bello Flores
CARGO JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO (Describir el perfil del tutor laboral asignado para realizar el entrenamiento)	Directora Gestion del Riesgo en Salud

FECHA	RESPONSABLE (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)	ACTIVIDADES TRASVERSALES PARA TODO EL TALENTO HUMANO INCLUYENDO LOS PERFILES NO RELACIONADOS EN EL FORMATO	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
30/04/2025	SMITH EDITH LOZANO	Se verificó con el colaborador la realización del entrenamiento de talento humano	X			
		Se realizó recorrido por el lugar y presentación del personal	X			
		Se indicó el lugar exacto donde va a desarrollar las actividades y se entrega de los elementos necesarios.	X			
		Si el lugar de trabajo es compartido, se explicó que hacen las otras personas y su nivel de corresponsabilidad frente a sus actividades	X			
		Se explicó cuál es el conducto regular para tratar asuntos relacionados con sus actividades y /o funciones y asuntos personales.	X			
		Conocimiento del mapa de procesos de la subred y ubicación dentro del mismo de la Dirección a la que pertenece	X			
		Ruta de atención integral en salud Resolución 3280 de 2018 (EX-11-02-RES-3280-2018)	X			
		Protocolo de Bienvenida al Paciente (07-01-PT-0004)	X			
		Portafolio de servicios (https://www.subredsuroccidente.gov.co/)	X			
		Programa de humanización (02-04-PG-0001) y política de humanización (01-01-OD-0006)	X			
		Adherencia lavado de manos (02-02-FO-0046)	X			
		Manual de manejo y diligenciamiento de historia clínica (14-06-MA-0001)	X			
		Ruta de acceso y manejo adecuado al sistema de historia clínica	X			
		Ruta de acceso a la intranet/Almera para verificación de documentos guías . Procesos, procedimientos, matriz de riesgos, formatos y demás documentos propios del servicio	X			

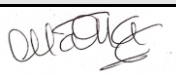
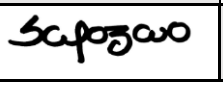
Manual de Bioseguridad (02-02-MA-0001)	X				
Gestión del Riesgo en salud (Riesgos de los procesos, riesgos de las no atenciones y riesgo del mal diligenciamiento de los formatos y registros asistenciales)	X				
Procesos de auditoria interna y externa que están relacionados con su proceso.	X				
Información sobre programas de PyD	X				
Programa de Responsabilidad social de la subred (02-00-PG-0001)	X				
Eventos de interés en salud pública, qué, cómo, cuándo y a quién se debe notificar, el diligenciamiento correcto y claro de las fichas de notificación	X				
Manual de Referencia y contrarreferencia 09-03-PR-0003	X				
RES-0045-2022 Por el cual se adoptan las normas nacionales y distritales para la atención en salud con enfoque diferencial Código Almera 02-05-RES-0045-2022	X				

13. JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO

FECHA	SERVICIO	PERFIL	DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
			ACTIVIDADES				
30/04/2025	COMPONENTES SALUD PUBLICA	LIDER EPIDEMIOLOGIA INSTITUCIONAL	Presentación del espacio y/o componente	X			
			Entrega de la caja de herramientas por medio magnético (formato y explicación del informe de actividades, fechas de entrega del mismo, entrega de lineamientos o rutas, documentos de consulta, formato de cronograma o matrices)	X			
			Se informó frente a controles existentes e informes y la periodicidad con que debe presentarlos	X			
			Se informó frente a eventos de interés en salud pública, qué, cómo, cuándo y a quién notificar, el diligenciamiento correcto y claro de las fichas de notificación	X			
			Se realizo Entrenamiento en Campo - Manejo de procedimientos aplicables al proceso de trabajo	X			
			Se Informó sobre los riesgos de los procesos, riesgos de las no atenciones y riesgo del mal diligenciamiento de los formatos	X			

14.VALORACIÓN DEL COLABORADOR		15.VALORACIÓN DEL SUPERVISOR, JEFE INMEDIATO O LÍDER SEDE QUE REALIZÓ EL ENTRENAMIENTO
Califique de 1 a 5 si la información que se le brindó respecto a sus funciones y/o Actividades, fue clara **1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 __X__**	Considera que fue completa la información que le brindaron en relación con el manejo de herramientas informáticas y uso de equipos. **SI _X___ NO ____**	Registre las fortalezas y oportunidades de mejora encontradas:La jefe se toma el tiempo para realizar el entrenamiento de puesto de trabajo, explica cada producto a entregar, cada actividad de forma detallada.
Califique de 1 a 5 si la indicación de la información recibida sobre el sitio donde usted desarrollará sus funciones y/o actividades fue la adecuada. **1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 __X__**	Le suministraron la información y documentos necesarios para su lectura y comprensión del proceso donde realizará sus actividades. **SI _X___ NO ____**	

16.CALIFICACIÓN ENTRENAMIENTO - Marque con una X según su consideración	Bajo	Medio	Satisfactorio	Excelente
			X	

17. FIRMA DEL COLABORADOR		18. FIRMA DEL SUPERVISOR O ENCARGADO DEL ENTRENAMIENTO		19. FIRMA Y RECIBIDO TALENTO HUMANO - SUBPROCESO FORMACIÓN Y DESAROLLO	

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	1015996968	MARTHA ISABEL VARGAS AGUILAR	KR 104 16 28 TO 7 AP 904	4721484	vargas.marthaisabel@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	
2025-06	2025-06	I	24/07/2025	87853389	$650.800	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	261.500	0		0		0	9	1.500	0	263.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	334.600	0	0	0	0	9	1.900	0	336.500	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	51.000				51.000	9	300	51.300			510	51.300	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	9	0	0	0
ICBF				
0	9	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	261.500	263.000
Pensión	1	334.600	336.500
Riesgos Laborales	1	51.000	51.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	647.100	650.800

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	1015996968	MARTHA ISABEL VARGAS AGUILAR	KR 104 16 28 TO 7 AP 904	4721484	vargas.marthaisabel@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	
2025-06	2025-06	I	24/07/2025	87853389	$650.800	

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	1015996968	VARGAS AGUILAR MARTHA ISABEL	59	0			N																	25-14	2.091.242	334.600	0	0	0	0	EPS005	2.091.242	261.500	14-11	2.091.242	3	51.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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