| 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 LUCILA FORERO NIÑO | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 51595188 | |
| CORREO ELECTRONICO: | marthalforeron@hotmail.com | | | | CELULAR: | 2588382 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | PLAN CANGURO HOSPITAL PEDIATRICO TINTAL | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | KE11J16 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 1670023447 | | | | PENSIONADO | SI | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 705 | | | VIGENCIA | | 2025 | |
| NÚMERO DE CDP | 1638 | FECHA | 2025-08-14 16:23:59.000 | NÚMERO DE CRP | 34628 | FECHA | 2025-08-15 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | MEDICO ESPECIALISTA- NEONATOLOGO | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2025-07-01 | | 2025-07-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $17,077,536 | | | | |
| 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: | $111,478,360 |
| VALOR EJECUTADO | $102,109,434 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $17,077,536 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $9,368,926 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 92% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 88050308 | $5,313,011 | $664,126 | $850,082 | 3 | $129,425 | $1,643,633 |

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

LARITZA JASMELA ESCARRAGA BUSTOS
1012323609
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 |
|---|---|---|
| Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad. | Se realizan actividades y procedimiento de acuerdo a guías de manejo | Guías de manejo programa canguro y guía práctica clínica del recién nacido prematuro. MINSALUD |
| Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes. | Se cumplen con todas la exigencias legales y éticas de la historia clínica | Historia clínica en DINAMICA GERENCIAL |
| Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación. | Se llevan registros de la atención de de los procedimientos, actividades e intervenciones y se mantienen actualizados informes estadísticos. | Registro diario de citas en RIPS, en DINÁMICA GERENCIAL y se entrega informe estadístico trimestralmente, |
| Participar en la programación de actividades del área. | Se participa en la programación de actividades del área. | Grados canguro, reuniones del servicio, comités de mortalidad. |
| Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. | Se reporta eventos de notificación obligatorio en el momento que se establece el diagnóstico. | Fichas de notificación obligatoria del MINISTERIO DE SALUD. |
| Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. | Se notifican las fallas de calidad que se presenten en el servicio, se participa en los análisis a los que sea convocado y se implementa las acciones de mejora definidas para el servicio. | Se notifican fallas en ALMERA. |
| Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente. | Se imparten instrucciones al equipo de salud: Auxiliar de enfermería, enfermera jefe, terapista física y psicólogo, sobre los procedimientos ordenados al paciente. | Pruebas de apetito, hospitalización en urgencias, colocación de 02, saturaciones, estimulación de succión y lactancia materna adecuada, etc. |
| Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. | Se diligencia en forma adecuado los formatos o instrumentos necesarios con legibilidad, oportunidad e integralidad. | Se diligencia MIPRES, resúmenes de historia clínica, si se requiere. |
| Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento. | Se diligencia consentimiento informado si se realiza procedimientos. | No se realizan procedimientos. |
| Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación. | Se controla y se sigue a todos los pacientes del programa canguro. | Se realiza seguimiento más frecuente en paciente muy prematuros con problemas del neurodesarrollo, poco aumento de peso, desnutridos o dependientes de 02. |
| Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. | Se informa en cada consulta a la familia sobre el estado del niño, su crecimiento y desarrollo, plan de manejo y atención. | Se llevan curvas de crecimiento y test de neurodesarrollo, plan de manejo y atención, que se explica a los padres. |
| Emitir conceptos médicos que se le requieran. | Se emiten conceptos médicos si se requieren de acuerdo a mi especialidad. | Se emiten conceptos de recién nacido prematuro, bajo peso, problemas de neurodesarrollo o nutrición. |
| Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. | Se apoya el cumplimiento de normal del sistema obligatorio de la calidad de la subred. | Se apoya el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de Garantía de la calidad de la subred. |
| Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato. | Se elabora informe mensual de actividades de pediatría. | Se entrega actividades en pediatría con la cuenta de cobro cada mes, para la certificación del cumplimiento del contrato. |
| Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. | Se responde por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. | Fonendoscopio, equipo de órganos, cinta métrica, oxímetro y pesa bebes. |
| Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | Se participa en todas las jornadas de capacitación, inducción y eventos a los cuales se es convocado. | Capacitaciones virtuales: Almera, Seguridad del paciente, violencia sexual. inducción y Reinducción de la red suroccidente 2023, Atención a víctimas de ataques con agentes químicos, donación de órganos, Paquete de capacitación de la Clasificación internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, 11ª. revisión (CIE-11) |
| Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | Se participa en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | Jornadas de capacitación: nutrición seguridad del paciente, equipos de mejoramiento, calidad, CONVERSATORIOS, ULC, etc. |
| Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | Se Conoce y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred y se apoya su implementación. | Se cumple con todos los procedimientos de la Subred, como lavado de manos, seguridad del paciente, uso de elementos de protección, uso de equipos, etc. |

Copia Controlada
Subred Suroccidente

| | | |
|---|---|---|
| Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales. | Se apoya a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales. | Se apoya la Subred en las actividades que se requiera |
| Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred. | Se registran todas las actividades relacionadas con la prestación del servicio en el programa canguro. | Se registran actividades diarias en el RIPS. |
| Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios. | Se participará en todas las investigaciones que se adelanten en la subred, si se es requerido de mi conocimiento. | Investigación en neonatología o programa canguro. |
| Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado. | No aplica. | No aplica. |
| Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente. | Se entrega la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente. | Se entrega la planilla de pago mensualmente con la cuenta de cobro. |
| Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. | Se realizarán las actividades de acuerdo a mi especialidad objeto del contrato. | Actividades del programa canguro. |
| Pagar sus aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los tiempos establecidos para tal fin. El incumplimiento de esta obligación o la presunta falsedad en su soporte documental serán causal de terminación del contrato, previo seguimiento y notificación por parte del supervisor. | : Se pagará al Sistema General de Seguridad Social Integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los tiempos establecido. | : Se presentará la planilla del mes anterior, de acuerdo a las horas laboradas dentro de la cuenta de cobro. |
| Cumplir con la adherencia a las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales. | Se cumple con adherencia a guías de manejo, protocolos, procesos y procedimientos. | Se cumple y se verificas a la adherencia a las guías, manuales, instructivos y protocolos del programa canguro, manejo del prematuros, etc. |
| Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos, documentos o bienes muebles entregados a título de préstamo para la ejecución de las actividades propias del objeto del presente contrato. En caso de incurrir el CONTRATISTA, en extravío, pérdida, destrucción o daño no proveniente del uso normal, de bienes entregados para el desarrollo de sus actividades, se dará aplicación a los parámetros institucionales establecidos para ello y al proceso institucional para reporte de hurtos y/o daños de bienes, además de los lineamientos establecidos por la Compañía de seguros en caso de aplicar. | Se velará y se responderá por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos, documentos o bienes muebles entregados a título de préstamo para la ejecución de las actividades propias del objeto del presente contrato. | Se cuidará y responderá por el adecuado funcionamiento de equipos y bienes muebles, que se encuentran en las instalaciones del programa canguro. |
| Ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones emitidas por los órganos externos, supervisor del contrato y/o directrices internas. | Se ejecutarán acciones, preventivas y/o correctivas o de mejoramiento a que haya lugar. | Ejecución de acciones preventivas, correctivas o de mejoramiento |
| Preparar y presentar conforme a su competencia los informes, solicitudes, peticiones y/o respuestas, requeridas por las entidades públicas o privadas; dentro de los términos de ley, garantizando la veracidad, oportunidad y confidencialidad de los mismos. | Se presentará informes, solicitudes, peticiones y/o respuestas, requeridas por las entidades públicas o privadas; dentro de los términos de ley, garantizando la veracidad, oportunidad y confidencialidad de los mismos. | Realización de informes, peticiones y/o respuestas que se requieran. |
| Asistir y aprobar los procesos de actualización presenciales y virtuales, Inducción y/o re-inducción, programados por el CONTRATANTE y por las entidades autorizadas por éste, con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades y obligaciones contractuales. | Se asiste y se aprueba procesos de actualización asistenciales y virtuales, Inducción y reinducción programados por el contratante y por las entidades autorizadas por este. | Capacitaciones virtuales: Almera, Seguridad del paciente, violencia sexual. inducción y Reinducción de la red suroccidente 2023, Atención a víctimas de ataques con agentes químicos, donación de órganos, lactancia materna, CIE 10, |

LARITZA JASMELA ESCARRAGA BUSTOS
1012323609
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

# FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

## Representación Gráfica

### Datos del Documento

**Código Único de Factura - CUFE :**
77d59502e33299b119ec870385440982a7009c77758140b113c9431528ebcc32327612e67e70e641367caef4aca6ebfd

**Número de Factura:** FE-511
**Fecha de Emisión:** 22/07/2025
**Fecha de Vencimiento:** 22/08/2025
**Tipo de Operación:** 10 - Estándar

**Forma de pago:** Contado
**Medio de Pago:** Consiganción bancaria
**Orden de pedido:**
**Fecha de orden de pedido:**

### Datos del Emisor / Vendedor

**Razón Social:** FORERO NIÑO MARTHA LUCILA
**Nombre Comercial:** FORERO NIÑO MARTHA LUCILA
**Nit del Emisor:** 51595188
**Tipo de Contribuyente:** Persona Natural
**Régimen Fiscal:**O-47
**Responsabilidad tributaria:** ZZ - No aplica
**Actividad Económica:** 8610

**País:** Colombia
**Departamento:** Bogotá
**Municipio / Ciudad:** Bogotá, D.c.
**Dirección:** CR 21 133 85 IN 6
**Teléfono / Móvil:** 3005523974
**Correo:** marthalforeron@hotmail.com

### Datos del Adquiriente / Comprador

**Nombre o Razón Social:** SUBRED INTEGRADO DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.
**Tipo de Documento:** NIT
**Número Documento:** 900959048
**Tipo de Contribuyente:** Persona Jurídica
**Régimen fiscal:** R-99-PN
**Responsabilidad tributaria:** ZZ - No aplica

**País:** Colombia
**Departamento:** Bogotá
**Municipio / Ciudad:** Bogotá, D.c.
**Dirección:** Cl. 9 #39-46
**Teléfono / Móvil:**
**Correo:** lidersedes19@subredsuroccidente.gov.co

### Detalles de Productos

| | | | | | | | | IMPUESTOS | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nro. | Código | Descripción | U/M | Cantidad | Precio unitario | Descuento detalle | Recargo detalle | IVA | % | INC | % | Precio unitario de venta |
| 1 | 001 | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS ASISTENCIALES EN EL AREA DE PEDIATRIA DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE | WSD | 1,00 | $ 17.077.536,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | | | | | $ 17.077.536,00 |

### Notas Finales

Linea de negocio:

## Datos Totales



**Documento generado el:**
22/07/2025 13:35:15
**Documento validado por la DIAN:**
22/07/2025 13:35:15
**XML Generado por: Solución Gratuita DIAN**
800197268
**PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN**
**Nit:800197268**

| | |
|---|---|
| MONEDA | COP |
| TASA DE CAMBIO | 0 |

| | |
|---|---|
| **Subtotal** | 17077536 |
| Descuento detalle | 0,00 |
| Recargo detalle | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | 17077536 |
| IVA | 0,00 |
| INC | 0,00 |
| Bolsas | 0,00 |
| Otros impuestos | 0 |
| **Total impuesto (=)** | 0 |
| **Total neto factura (=)** | 17077536 |
| Descuento Global (-) | 0,00 |
| Recargo Global (+) | 0,00 |
| **Total factura (=) COP $** | $ 17077536 |

**Valores informativos**

| **ANTICIPOS** | |
|---|---|
| Anticipos | 0 |

| **RETENCIONES** | |
|---|---|
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA | 0,00 |
| Rete ICA | 0,00 |

| | |
|---|---|
| MONEDA | COP |
| TASA DE CAMBIO | |

| | |
|---|---|
| **Subtotal** | 17.077.536,00 |
| Descuento detalle | 0,00 |
| Recargo detalle | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | 17.077.536,00 |
| IVA | 0,00 |
| INC | 0,00 |
| Bolsas | 0,00 |
| Otros impuestos | 0,00 |
| **Total impuesto (=)** | 0,00 |
| **Total neto factura (=)** | 17.077.536,00 |
| Descuento Global (-) | 0,00 |
| Recargo Global (+) | 0,00 |
| **Total factura (=) COP $** | $ 17.077.536,00 |

**Valores informativos**

| **ANTICIPOS** | |
|---|---|
| Anticipos | 0,00 |

| **RETENCIONES** | |
|---|---|
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA | 0,00 |
| Rete ICA | 0,00 |

Numero de Autorización: 18764079541529 Rango desde: 501 Rango hasta: 520 Vigencia: 2026-09-15

**Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud**
**ADRES**

| Tipo Identificación | Numero Identificación | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Ultimo Periodo Compensado | EPS/EOC | Tipo Afiliación |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 51595188 | FORERO | NIÑO | MARTHA | LUCILA | 2023-11 | EPS COMPENSAR | COTIZANTE |
| CC | 51595188 | FORERO | NIÑO | MARTHA | LUCILA | 2025-07 | EPS SANITAS | COTIZANTE |

| EPS/EOC | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion* |
|---|---|---|---|---|
| EPS SANITAS | 07/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 06/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 05/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 04/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 03/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 02/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 01/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 12/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 11/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 10/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 09/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 08/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 07/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 06/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 05/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 04/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 03/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 02/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 01/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS SANITAS | 12/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 11/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 10/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 09/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 08/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 07/2023 | 9 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 01/2015 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 12/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 11/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |

**Administradora de los Recursos del Sistema**
**General de Seguridad Social en Salud**
**ADRES**

| EPS/EOC | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion* |
|---|---|---|---|---|
| EPS COMPENSAR | 10/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 09/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 08/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 07/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 06/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 05/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 04/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 03/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 02/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 01/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 12/2013 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 11/2013 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 10/2013 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |

Información Importante:

El campo “Observación *” denota la siguiente situación:

**Pago con cotización:** Aquellos registros reportados en la página web de la ADRES en la consulta de Consulta de Afiliados Compensados, identificados como Pago Normal, corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.

**Estado Emergencia:** Aquellos registros reportados en la página web de la ADRES en la consulta de Consulta de Afiliados Compensados, identificados como Estado Emergencia, corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Por lo anterior no tienen cotizaciones en salud.

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 | 51595188 | MARTHA LUCILA FORERO NIÑO | CARRERA 21 N 133-85 casas 6 | 3005523974 | marthalforeron@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 | |
| 2025-06 | 2025-06 | I | 21/07/2025 | 88050308 | $825.700 | |

## 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 | 664.300 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 664.300 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**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 | 129.500 | | | | 129.500 | 0 | 0 | 129.500 | | | 1.295 | 129.500 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 31.900 | 0 | 0 | 31.900 | 1 |

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 664.300 | 664.300 |
| Pensión | 0 | 0 | 0 |
| Riesgos Laborales | 1 | 129.500 | 129.500 |
| CCF | 1 | 31.900 | 31.900 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 825.700 | 825.700 |

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 | 51595188 | MARTHA LUCILA FORERO NIÑO | | CARRERA 21 N 133-85 casas 6 | 3005523974 | marthalforeron@hotmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| 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 | 21/07/2025 | 88050308 | $825.700 | |

## 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 | Estornudo | 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 | 51595188 | FORERO NIÑO MARTHA LUCILA | 59 | 2 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 5.314.000 | 664.300 | 14-11 | 5.314.000 | 3 | 129.500 | CCF24 | 5.314.000 | 31.900 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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