| 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: | DEISSY ANDREA MUÑOZ MONROY | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 52485010 | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | deissyandrea1980@gmail.com | | | | CELULAR: | 3114457436 | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA HOSPITAL BOSA | | | | SEDE: | SUBRED | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | | | | | |
| | BO37I06 | 50 | BO37I20 | 50 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 450700052415 | | | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 2834 | | | VIGENCIA | | 2025 | |
| NÚMERO DE CDP | 1621 | FECHA | 2025-08-11 11:43:31.000 | NÚMERO DE CRP | 36008 | FECHA | 2025-08-15 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | TERAPEUTA RESPIRATORIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2025-09-01 | | 2025-09-30 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $3,712,680 | | | | |
| 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: | $40,509,464 |
| VALOR EJECUTADO | $38,983,140 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $3,712,680 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $1,526,324 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 96% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 89127006 | $1,881,091 | $235,136 | $300,975 | 3 | $45,823 | $581,934 |

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Septiembre de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

jose miguel peralta zabaleta
17956572
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) Realizar los procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de atención de cada paciente. | Realizo los procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de atención de cada paciente. | Respuesta de interconsultas y atenciones derivadas de la solicitud de procedimientos ordenados por el medico y servicio tratante |
| 2) Ejecución del plan individual de habilitación/rehabilitación, relacionadas con las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio u hospitalizado y de acuerdo a las características del servicio | Ejecuto el plan individual de habilitación/rehabilitación, relacionadas con las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio u hospitalizado y de acuerdo a las características del servicio | Despues de valoracion inicial se registra recomendaciones y/o el plan de manejo individual hospitalario del paciente de acuerdo a su patologia en la historia clínica. |
| 3) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes | Cumplo con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes | Se realiza de forma cronologica y evolutiva la historia clinica del paciente de acuerdo a los formatos establecidos en el sistema Dinamica Gerencial |
| 4) Participación en las actividades de revista, análisis de casos clínicos con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado | Participo en las actividades de revista, análisis de casos clínicos con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado | Se deja registro en formato de censo, revisión de ordenes e interconsultas de pacientes nuevos y de las acciones tomadas en la revista medica o recomendaciones médicasy los ajustes entregados al plan de intervencion terapeutica |
| 5) Informar al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o su egreso | Informo al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o su egreso | Se registra en la historia clinica la información al paciente y/o cuidador relacionado con la patologia del paciente, educación y plan casero |
| 6) Llevar registro de la atención de las 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 | Llevo el registro de la atención de las 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 | registro en censos de entrega y recibo de pacientes actualizando los mismos en cada una de las actividades desarrolladas o pendiente durante el tiempo de estancia en la institucion |
| 7) Participar en la programación de las actividades de la Subred. | Participo en la programación de las actividades de la Subred. | Entrego registro fotografico de la participacion en el Encuentro de aprendizaje Continuo mes de _____ y del asegurate del mes tema _____ (pantallazo con evidencia del nombre del colaborador y fecha del encuentro |
| 8) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. | Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. | No aplica |

Copia Controlada
Subred Suroriente

| | | |
|---|---|---|
| | | Reporte de eventos de seguridad presentados durante la atención de los pacientes. 19206654 10) Impartir instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes. Entrego instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes Realizo apoyo con el personal interdisciplinario reportando las recomendaciones y cuidados que por su patología requiera el paciente 19206655 11) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. Diligenciamiento completo de censos de acuerdo a los formatos y encabezados normalizados , firmas de quien entrega y recibe el servicio, realizo diligenciamiento de las histoiras clinicas en Dinámica 19206656 12) Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio. Realizo las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio. Socializacion a los pacientes los deberes y derechos a los cuales son objeto dentro de la Subred Sur Occidente ESE 19206657 13) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. Informo al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. Informacion al paciente y/o cuidador sobre las pautas de cuidado de la patologia y diligenciamiento de las mismas en la Historia clinica del paciente. 19206658 14) Participación en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio Informacion al paciente y/o cuidador sobre las pautas de cuidado de la patologia y diligenciamiento de las mismas en la Historia clinica del paciente. Realizo aportes en el proceso de creación, actualizacion y/o socializacion de guias, protocolos y procedimientos que me sean asignados por la Referencia de Rehabilitacion. 19206659 15) Informar las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de habilitación/ rehabilitación del usuario, así como los insumos, materiales y equipos necesarios para el desarrollo de las actividades. Informo las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de habilitación/ rehabilitación del usuario, así como los insumos, materiales y equipos necesarios para el desarrollo de las actividades. "Registro de informe de novedades de equipos biomedicos en aplicativo Almera. Uso de mesa de ayuda para apoyo con tecnologias y otros. Registro de eventos de seguridad por Falta de Insumos, fallas en los procesos de atencion" 19206660 16) Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área. Registro las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área "Diligenciamiento adecuado de Historia Clinica Registro de atenciones e ingresos Diarios " 19206661 17) Participación en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios. Participo en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios. No aplica 19206662 18) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado. No aplica No aplica |
| 9) 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. | Notifico 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. | |

Copia Certificada Subred Suroccidente

| | | |
|---|---|---|
| 10) Impartir instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes. | Entrego instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes | Realizo apoyo con el personal interdisciplinario reportando las recomendaciones y cuidados que por su patología requiera el paciente |
| 11) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. | Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. | Diligenciamiento completo de censos de acuerdo a los formatos y encabezados normalizados , firmas de quien entrega y recibe el servicio, realizo diligenciamiento de las histoiras clinicas en Dinámica |
| 12) Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio. | Realizo las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio. | Socializacion a los pacientes los deberes y derechos a los cuales son objeto dentro de la Subred Sur Occidente ESE |
| 13) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. | Informo al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. | Informacion al paciente y/o cuidador sobre las pautas de cuidado de la patologia y diligenciamiento de las mismas en la Historia clinica del paciente. |
| 14) Participación en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio | Informacion al paciente y/o cuidador sobre las pautas de cuidado de la patologia y diligenciamiento de las mismas en la Historia clinica del paciente. | Realizo aportes en el proceso de creación, actualizacion y/o socializacion de guias, protocolos y procedimientos que me sean asignados por la Referencia de Rehabilitacion |
| 15) Informar las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de habilitación/ rehabilitación del usuario, así como los insumos, materiales y equipos necesarios para el desarrollo de las actividades. | nformo las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de habilitación/ rehabilitación del usuario, así como los insumos, materiales y equipos necesarios para el desarrollo de las actividades. | Registro de informe de novedades de equipos biomedicos en aplicativo Almera. Uso de mesa de ayuda para apoyo con tecnologias y otros. Registro de eventos de seguridad por Falta de Insumos, fallas en los procesos de atencion" |

Copia Certificada
Subred Suroccidente

| | | |
|---|---|---|
| 16) Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área. | Registro las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área | área "Diligenciamiento adecuado de Historia Clinica Registro de atenciones e ingresos Diarios " 19206661 17) Participación en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios. Participo en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios. No aplica 19206662 18) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado. No aplica No aplica 19206663 19) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur Occidente. Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur Occidente. Atencion a visitas de habilitacion a los servicios y dar alcance de acuerdo a los procesos establecidos en rehabilitacion 19206664 20) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato. Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato. Entrega de informe de actividades del servicio todos los 5 primeros dias del mes, de acuerdo al servicio de atencion a la Referencia de Rehabilitación para la consolidacion en el sistema de informacion. Diligenciamiento del censo de registro diario de procedimientos. 19206665 21) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. Revision de inventarios y equipos biomedicos del servicio durante el desarrollo de las acividades y durante la entrega de turno 19206666 22) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. Entrega de informe de actividades del servicio todos los 5 primeros dias del mes, de acuerdo al servicio de atencion a la Referencia de Rehabilitación para la consolidacion en el sistema de informacion. Diligenciamiento del censo de registro diario de procedimientos. Entrego pantallazo de la participacion del Encuentro de Aprendizaje Continuo mes de _____ 19206667 23) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. Cumplimiento de las actividades contractuales de acuerdo a lo establecido en este contrato al supervisor del mismo 19206668 24) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente. Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente. Entrego Soporte de pago de Seguridad Social mes de _____ 19206669 25) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. Realizo |

Copia Certificada Subred Suroccidente

| | | |
|---|---|---|
| 17) Participación en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios. | Participo en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios. | no aplica |
| 18) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado. | no aplica | no aplica |
| 19) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur Occidente. | Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur Occidente. | Atencion a visitas de habilitacion a los servicios y dar alcance de acuerdo a los procesos establecidos en rehabilitacion |
| 20) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato. | Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato. | Entrega de informe de actividades del servicio todos los 5 primeros dias del mes, de acuerdo al servicio de atencion a la Referencia de Rehabilitación para la consolidacion en el sistema de informacion. Diligenciamiento del censo de registro diario de procedimientos. |
| 21) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. | Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. | Revision de inventarios y equipos biomedicos del servicio durante el desarrollo de las acividades y durante la entrega de turno |
| 22) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | Entrega de informe de actividades del servicio todos los 5 primeros dias del mes, de acuerdo al servicio de atencion a la Referencia de Rehabilitación para la consolidacion en el sistema de informacion. Diligenciamiento del censo de registro diario de procedimientos. | Entrego pantallazo de la participacion del Encuentro de Aprendizaje Continuo mes de _____ |
| 23) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | Cumplimiento de las actividades contractuales de acuerdo a lo establecido en este contrato al supervisor del mismo |
| 24) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente. | Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente. | Entrego Soporte de pago de Seguridad Social mes de _____ |
| 25) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. | Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. | Recibir la asignacion de servicios o cambios de sede de acuerdo a las necesidades de los servicios de rehabilitacion |

jose miguel peralta zabaleta
17956572
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 Controlada Subred Suroccidente

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 | 52485010 | DEISSY ANDREA MUÑOZ MONROY | CALLE 183 No. 8-95 | 3153294295 | deissy_andrea@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 | |
| 2025-08 | 2025-08 | I | 08/09/2025 | 89127006 | $691.600 | |

## 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 | 278.500 | 0 | | 0 | | 0 | 5 | 900 | 0 | 279.400 | 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 | 356.500 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 1.200 | 0 | 357.700 | 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 | 54.300 | | | | 54.300 | 5 | 200 | 54.500 | | | 543 | 54.500 | 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 | 278.500 | 279.400 |
| Pensión | 1 | 356.500 | 357.700 |
| Riesgos Laborales | 1 | 54.300 | 54.500 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 689.300 | 691.600 |

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 | 52485010 | DEISSY ANDREA MUÑOZ MONROY | | CALLE 183 No. 8-95 | 3153294295 | deissy_andrea@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 | |
| 2025-08 | 2025-08 | I | 08/09/2025 | 89127006 | $691.600 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 52485010 | MUÑOZ MONROY DEISSY ANDREA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 2.227.608 | 356.500 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 2.227.608 | 278.500 | 14-11 | 2.227.608 | 3 | 54.300 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

**DOCUMENTOEQUIVALENTE A FACTURA**

**LASUBREDINTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E**

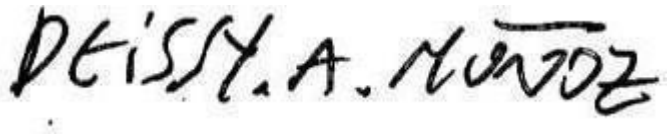
**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**DEISSY ANDREA MUÑOZ MONROY**

**C.C 52485010 DE BOGOTÁ**

La suma de $ 3.712.680(tres millones setecientos doce mil seiscientos ochenta mil pesos moneda corriente) por concepto de: prestar servicios de apoyo a la gestión asistencial como terapeuta respiratoria, en el área de urgencias y hospitalización en la unidad de APP BOSA durante el periodo del 1 al 30 de SEPTIEMBRE del 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2834-2025.



**DEISSY ANDREA MUÑOZMONROY**
**C.C 52485010 DE BOGOTÁ**
**CUENTADE AHORROSBANCO DAVIVIENDA**
**NÚMERO 450700052415**

ARL

Medellin, 26 de octubre de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que MUÑOZ MONROY DEISSY ANDREA con documento de identidad C52485010, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E con NIT N900959048.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

**Información general de la afiliación**

| Fecha inicio | Fecha fin | Tipo cotizante | Centro de trabajo | Código C.T | Clase de riesgo | Tasa cotización | Estado cobertura |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2025-02-12 | 3000-12-31 | INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES | RIESGO III | 0000000003 | 3 | 2.436 | EN COBERTURA |



VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA