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 | 24060000 | CAROLINA APARICIO ANGARITA | carrera 78 F # 0-33 | 0000000 | enfermeracarolinaparicio@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 | |
| 2025-12 | 2025-12 | I | 07/01/2026 | 92471404 | $743.700 | |

## 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 | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 300.100 | 0 | | 0 | | 0 | 2 | 400 | 0 | 300.500 | 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 | 384.100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 500 | 0 | 384.600 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 58.500 | | | | 58.500 | 2 | 100 | 58.600 | | | 585 | 58.600 | 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 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 2 | 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 | 300.100 | 300.500 |
| Pensión | 1 | 384.100 | 384.600 |
| Riesgos Laborales | 1 | 58.500 | 58.600 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 742.700 | 743.700 |

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 | 24060000 | CAROLINA APARICIO ANGARITA | | carrera 78 F # 0-33 | 0000000 | enfermeracarolinaparicio@gmail.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 | |
| 2025-12 | 2025-12 | I | 07/01/2026 | 92471404 | $743.700 | |

## 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 | 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 | 24060000 | APARICIO ANGARITA CAROLINA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 2.400.022 | 384.100 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 2.400.022 | 300.100 | 14-11 | 2.400.022 | 3 | 58.500 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**
**APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN**
**FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**

**CÓDIGO: AP-IA-FT-014**
**VERSIÓN: 7**
**FECHA: 2025-06-09**

| DATOS DEL CONTRATISTA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)** | | | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **CAROLINA APARICIO ANGARITA** | | | **CC:** | **24060000** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **ENFERMERACAROLINAAPARICIO@GMAIL.COM** | | | **TELÉFONO:** | **3112680953** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **KR 78F 0 33** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BBVA COLOMBIA** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **Nº CUENTA:** | **349002376** |
| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 5542 2025** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | | | **$ 6.000.056** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **2025/01/06** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | | **2025/12/31** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31** | | | | |

*CAROLINA APARICIO ANGARITA*
*PS_5542_2025_0EA5D2*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**CAROLINA APARICIO ANGARITA**
**CC: 24060000**
**CEL: 3112680953**

| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**<br>**APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **CÓDIGO:** AP-IA-FT-077<br>**VERSIÓN:** 2<br>**FECHA:** 2025-06-09 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | | |
| **CAROLINA APARICIO ANGARITA** | | | | |
| | **CON C.C Nº** | **24.060.000** | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - CONVENIO EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEG?N RESOLUCION 1499 26-08-2024 | | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 5542 2025** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2025/01/06** | |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 18.000.168 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **184** | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 45.978.690 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 6.000.056 | |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | DOCE (12) MESES | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | HOSPITAL SANTA CLARA | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ | | | |

| ITEM | II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO<br>(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes) |
|---|---|
| 1 | Como parte de las funciones de apoyo administrativo en la gestión sistematización y seguimiento de los planes de cuidado individualizados, Esto incluye la organización de la información, el registro en sistemas pertinentes, la programación de reuniones de concertación y la custodia adecuada de los documentos generados. |
| 2 | Desde el rol de apoyo administrativo, esta función implica recopilar, organizar y registrar de forma sistemática la información relacionada con las atenciones realizadas por los profesionales del equipo interdisciplinario. Se debe asegurar que dicha información sea consolidada correctamente en la herramienta institucional dispuesta GAPS Y DINAMICA , y posteriormente remitida de manera oportuna al Grupo de Gestión Familiar, cumpliendo con los tiempos establecidos y los lineamientos de confidencialidad y calidad en el manejo de datos |
| 3 | Verificar que la información de las atenciones en salud haya sido registrada correctamente en la base de datos institucional definida por la Subred GTAPS Y DINAMICA y asegurar que el Plan de Cuidado Individual esté diligenciado conforme a los lineamientos establecidos, incluyendo las recomendaciones basadas en los hallazgos clínicos y la concertación con el paciente. |
| 4 | Ante la identificación de un evento de interés en salud pública durante la atención o seguimiento al usuario, realizar la notificación inmediata al subsistema correspondiente (como SIVIGILA u otro definido por la Subred) según los lineamientos técnicos, e informar oportunamente . A la persona referente del sistema de vigilancia en salud publica de la unidad informadora |
| 5 | Realizar un seguimiento continuo y sistemático para detectar y documentar los cambios relevantes en el desarrollo integral del usuario, con el fin de apoyar el diseño y ajuste oportuno del plan de cuidado o intervención. |
| 6 | Realizar la detección oportuna de factores de riesgo que puedan afectar la salud, desarrollo o bienestar del usuario, para facilitar su prevención o derivación adecuada a servicios especializados. |
| 7 | Reconocer y fortalecer las capacidades, habilidades y prácticas del usuario y su entorno que contribuyen al cuidado y mantenimiento de la salud, promoviendo la autonomía y el bienestar integral. |
| 8 | NO SE REALIZO PARA ESTE PERIODO , ESTA ACTIVIDAD |
| 9 | Determinar la prioridad de atención de la familia basándose en la evaluación integral de cada integrante, con el fin de optimizar la asignación de recursos y el seguimiento adecuado. |
| 10 | Asegurar que los integrantes de la familia que pertenecen a grupos priorizados reciban atención directa y oportuna por parte del equipo de salud mediante la programación de visitas específicas. LA HERRAMIENTA DE SEGUIMIENTO ES EL APLICATIVO GTAPS , ATRAVEZ DE LAS DERIVACIONES REALIZADAS POR LOS AUXILIARES DE ENFERMERIA , PROFESIONALES DE ENFERMERIA , MEDICINA Y PSICOLOGIA |
| 11 | Confirmar que todos los usuarios valorados en el hogar hayan asistido a las atenciones establecidas para su etapa del curso de vida y gestionar ordenes o canalizaciones en caso de incumplimiento.A TRAVEZ DE LA PREADITOIA DEL APLICATIVO GTAPS, DIAMICA GERENCIAL , CANALIZACIONES SIRC Y FACTURACION |
| 12 | Identificar a la población sin aseguramiento que cumple con los criterios para afiliación por oficio y facilitar la remisión de la información al grupo familiar para la gestión a través del Sistema de Afiliación Transaccional, A TRAVEZ DE LA ARTICULACION CON LOS GESTORES DE LOS EQUIPOS MEDIANTE EL LINK : PARA DILIGENCIAMIENTO DE INFORMACION DE AFILIACION |
| 13 | Apoyar en la consolidación y entrega de la información sobre las atenciones realizadas para facilitar la gestión familiar y el seguimiento integral. |
| 14 | Brindar apoyo inmediato y coordinar la atención adecuada ante la detección de una emergencia durante las visitas domiciliarias DONDE LOS PROFESIONAES DE ENFERMERIA REALIZAN ANTENCION PRIMARA Y LLAMADA AL 123 |

| | |
|---|---|
| 15 | NO SE REALIZA CANALIZACION SIRC DURANTE EL MES DE DICIEMBRE |
| 16 | Contribuir a la realización de valoraciones integrales durante las jornadas de salud para detectar necesidades y promover la atención oportuna. MEDIANTE LAS TOMAS TERRITORIALES POR LAS LOCALIDADES DE RAFAEL URIBE , SANCRISTOBAL , ANTONIO NARIÑO ,MARTIRES , SANTAFE Y ATRAVEZ DE AGENDAMIENTO Y RUTEO DE LAS MISMAS LOCALIDADES |
| 17 | Apoyar la detección temprana de alteraciones en la salud, la formulación de planes y la educación en salud para mejorar la calidad de vida de los usuarios.SEGUN CURSO DE VIDA RESOLUCION 3280/2018 |
| 18 | ASISITIR A COMITES Y/O CAPACITACIONES PROGRAMADAS DURANTE EL MES |
| 19 | Apoyar en la recopilación y organización de documentos: DINAMICA GERENCIAL , GTAPS Verificar la documentación según el tipo de usuario:SE RALIZA SEGUIMIENTO A LA CALIDAD DEL DATO DESDE LA DESCARGA DE INFORMACION DEL APLICATIVO GTAPS DINAMICA GERENCIAL Actualizar bases de datos: SEGUIMIENTO DE LA CALIDAD DEL DATO S DE LAS ATENCIONES REALIZADAS POR LOS PERFILES RESOLUCCION 1499 EN LAS BASES ESTABLECIDAS PARA TAL FIN Diligenciar fichas de notificación: FICHA DE NOTIFICACIÓN SEGÚN EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PUBLICA IDENTIFICADO Y PLAN DE CUIDADO FAMILIAR. Colaborar en la entrega del plan de cuidado familiar: MEDIANTE APLICATIVO GTAPS Facilitar la comunicación con el equipo profesional: Transmitir oportunamente la información y productos generados para el manejo integral del usuariO |
| 20 | SE REALIZAN LAS DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL QUE SEAN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO. ESTAS ACTIVIDADES SE EJECUTAN CONFORME A LO ESTABLECIDO EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL, QUE FORMA PARTE INTEGRAL DEL CONTRATO, GARANTIZANDO QUE TODAS LAS TAREAS ADICIONALES CONTRIBUYAN AL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE LA RESOLUCION 1499 Y SE DESARROLLEN BAJO CRITERIOS DE EFICIENCIA, RESPONSABILIDAD Y CUMPLIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES. |

**III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS**

***SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.***

| ITEM | CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS | SI | NO |
|---|---|---|---|
| 1 | ¿El contrato se encuentra debidamente legalizado? | X | |
| 2 | ¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades? | X | |
| 3 | ¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP? | X | |
| 4 | ¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002? | X | |
| 5 | ¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro? | X | |

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago,** ***CERTIFICO*** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2025-12-01) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | N° 91573984 | OPERADOR: | MI PLANILLA |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | COMPENSAR | 2025/12/10 | $ 300.100 |
| PENSIÓN: | PORVENIR | 2025/12/10 | $ 384.100 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 2025/12/10 | $ 58.500 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 742.700 |

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV ( de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)
3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

| | |
|---|---|
| **NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA** | *CAROLINA APARICIO ANGARITA*<br>*PS_5542_2025_0EA5D2*<br>**CAROLINA APARICIO ANGARITA** |

**CC: 24060000**

| | |
|---|---|
| | |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** |  *LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ*<br>*PS_5542_2025_0EA5D2*<br>**LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |