| 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: | Nataly Consuelo Rosas Rodriguez | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 53123238 | |
| CORREO ELECTRONICO: | natalycrosasr@gmail.com | | | | CELULAR: | 3172441233 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | PIC ENTORNO CUIDADOR COMUNITARIA | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | FO09K30 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 4800011405 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 6253 | | | VIGENCIA | 2025 | | |
| NÚMERO DE CDP | 249 | FECHA | 2026-01-09 00:00:00.000 | NÚMERO DE CRP | 4678 | FECHA | 2026-01-09 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | 2026-01-01 | | 2026-01-31 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $4,195,200 | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | PIC | RESERVA DE GLOSA 0% | N/A | | | | |

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

| CONCEPTO | VALORES |
|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $33,561,600 |
| VALOR EJECUTADO | $16,780,800 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $4,195,200 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $16,780,800 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 50% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 43784040-92638363 | $1,678,080 | $209,760 | $268,493 | 3 | $40,878 | $519,131 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Enero de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ
52744682
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada Subred Suroccidente

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

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

| OBLIGACIÓN | ACTIVIDADES | PRODUCTOS |
|---|---|---|
| Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil de gestor, bachiller, técnico y o tecnólogo, profesional, profesional especializado, conforme a lo establecido en el anexo Nº 6 “Lineamientos Técnicos de la Gestión en Salud Pública –GSP y del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, en concordancia a estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos en los documentos operativos, anexos del convenio, procesos, guías institucionales y nacionales vigentes | Fortalecer las capacidades individuales, sociales y comunitarias de líderes y actores sociales, con el fin de prevenir riesgos asociados a la movilidad, el consumo de sustancias psicoactivas, la salud mental y la siniestralidad vial. Se orienta a la consolidación de redes comunitarias sostenibles que promuevan el autocuidado, la corresponsabilidad y el bienestar integral. | Acta institucional, formato de sesiones colectivas, ficha técnica, canalizaciones |
| Participar activamente en las jornadas programadas tanto por la SDS como por la Subred o las contempladas en el convenio asignado o por necesidades de abordaje en los territorios. | Se brindará acompañamiento y apoyo en el desarrollo de las jornadas programadas por la Subred Sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud (SDS), conforme a los requerimientos establecidos y en articulación con los lineamientos institucionales que orientan la ejecución de las acciones en salud pública. | Acta institucional, formato de sesiones colectivas, ficha tecnica |
| Desarrollar acciones de control social, fortalecer los grupos, organizaciones y redes comunitarias, demanda inducida, información, sensibilización, educación, canalización, agendamiento, atención familiar y o individual, seguimiento, notificación de eventos de interés en salud pública y notificación de alertas a la población identificada. | Su desarrollo se sustenta en el enfoque de Educación para la Salud Pública con perspectiva crítico-dialógica, que valora los saberes y experiencias de los participantes, fomentando procesos educativos participativos y transformadores que fortalecen las competencias para la acción y el liderazgo comunitario. | Brindar una atención oportuna, integral y de calidad a los usuarios, fundamentada en el respeto de los derechos humanos, la humanización del servicio y la garantía de la seguridad del paciente. Este enfoque busca promover un trato digno, equitativo y empático, asegurando que cada intervención se oriente al bienestar, la protección y la satisfacción de las necesidades de salud de las personas. |
| Fortalecer grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud. | Se efectuará la entrega correspondiente de los soportes con la calidad, veracidad y oportunidad requeridas, dentro de los plazos establecidos para las acciones desarrolladas durante el mes, garantizando el cumplimiento de los estándares institucionales y la transparencia en los procesos. | Se elaborará el acta de entrega de soportes al finalizar cada mes, así como la respectiva remisión de dichos documentos al Grupo de Gestión de la Información (GESI), garantizando el cumplimiento de los procedimientos administrativos y la trazabilidad de las acciones ejecutadas. |
| Participar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reinducción, comités, programadas por la secretaria Distrital de Salud o por la Subred. | Desarrollar actividades orientadas a la promoción del conocimiento y ejercicio de los derechos y deberes en salud por parte de los usuarios, fomentando la participación informada y el empoderamiento en el acceso, uso y disfrute de los servicios de salud. Se realizo asistencia a la Reunión de localidad el día 30 de enero | Acta institucional y listado de sesiones colectivas |
| Realizar entrega y actualización del cronograma mensual de actividades, así como de los informes requeridos, productos, bases de datos, aplicativos de la Subred o de la SDS, entre otros, o realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las observaciones de calidad dada por el supervisor del contrato y o líder del proceso, cumpliendo los principios de veracidad, oportunidad, calidad según dinámica y o programación de cada una de las líneas de intervención. | Se efectuará la entrega correspondiente de los soportes con la calidad, veracidad y oportunidad requeridas, dentro de los plazos establecidos para las acciones desarrolladas durante el mes, garantizando el cumplimiento de los estándares institucionales y la transparencia en los procesos. | Se elaborará el acta de entrega de soportes al finalizar cada mes, así como la respectiva remisión de dichos documentos al Grupo de Gestión de la Información (GESI), garantizando el cumplimiento de los procedimientos administrativos y la trazabilidad de las acciones ejecutadas |
| Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la Subred, SDS o por entes de control y atender a solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a las mismas. | Se efectuaron los ajustes pertinentes a los productos del mes, conforme a los hallazgos y observaciones identificadas por el líder del componente, garantizando la mejora continua y el cumplimiento de los criterios de calidad establecidos. | A necesidad de la estrategia |

Copia Controlada Subred Sur Occidente

| | | |
|---|---|---|
| Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales. | Mantener y proyectar en todo momento una imagen corporativa positiva, basada en el respeto, la ética profesional y el compromiso institucional. Esta acción implica representar adecuadamente los valores, principios y misión de la entidad, promoviendo relaciones de confianza y credibilidad ante la comunidad y las entidades aliadas. Asimismo, se velará por la integridad física, emocional y profesional de los colaboradores, así como por el buen nombre y la reputación de la institución, garantizando comportamientos coherentes con los estándares de calidad, transparencia y responsabilidad social establecidos | Proyectar en todo momento una imagen corporativa positiva, promoviendo el respeto, la ética y la coherencia institucional, al tiempo que se salvaguarda la integridad tanto del colaborador como de la entidad. |
| Portar los elementos de identificación institucional de manera adecuada y permanente en la ejecución de las acciones, así como el uso eficiente de los insumos para el desarrollo de la actividad. Cuidar y dar buen uso los equipos y o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio. | Hacer uso adecuado de los elementos institucionales, tales como la chaqueta, el carné y demás distintivos que permitan identificar al colaborador como miembro activo de la institución. Esta práctica contribuye al fortalecimiento de la imagen corporativa, al sentido de pertenencia y al cumplimiento de los lineamientos establecidos en materia de presentación e identificación institucional, garantizando coherencia con los valores y la cultura organizacional. | Utilizar los elementos institucionales, como la chaqueta y el carné, que identifiquen al colaborador como integrante de la institución y garanticen su adecuada representación. |
| Cumplir con la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio. | Garantizar el adecuado uso, manejo y conservación de los elementos técnicos dispuestos para la implementación de las jornadas, asegurando su correcta funcionalidad y prolongando su vida útil. Esta acción implica emplear los recursos de manera responsable, conforme a los protocolos institucionales y a las orientaciones técnicas establecidas, con el fin de optimizar los procesos operativos, prevenir daños o pérdidas y contribuir al cumplimiento eficiente de los objetivos programáticos. | Acta institucional donde evidencia la entrega y devolución de elementos |
| Guardar completa confidencialidad de forma indefinida sobre la información y documentos a los cuales tenga acceso y conozca en virtud del desarrollo del objeto contractual y del cumplimiento de sus CONDICIONES CONTRACTUALES obligaciones, así mismo, dará cumplimiento a la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente. | Se garantiza que la información suministrada y adquirida en el ejercicio de las actividades realizadas en el presente mes, no se utilizó con propósitos distintos al cumplimiento del presente contrato y cumplen con lo requerido frente a la confidencialidad del dato | Documentos, actas, formatos y demás información suministrada y adquirida en el ejercicio de las actividades realizadas se encuentran en custodia del entorno y/o proceso donde se desarrollaron las actividades del presente mes, cumpliendo con las obligaciones contractuales frente a la confidencialidad del dato. |
| Cumplir con las demás actividades y apoyo que sean requeridas por el supervisor del contrato o quien haga sus veces y estén relacionado con el objeto del mismo. | Brindar apoyo en la planificación, ejecución y seguimiento de las acciones operativas y administrativas que sean solicitadas por el supervisor del contrato o su delegado, asegurando que dichas tareas se desarrollen en coherencia con el objeto contractual, los lineamientos institucionales y los objetivos establecidos para el cumplimiento eficiente del servicio. | Registro detallado de las actividades desarrolladas en cumplimiento de las solicitudes del supervisor o su delegado. Informes mensuales que evidencien el apoyo brindado y los resultados obtenidos en relación con el objeto contractual. Soportes documentales y evidencias de las acciones ejecutadas (actas, listados de asistencia, registros fotográficos, entre otros). Retroalimentaciones o recomendaciones orientadas a la mejora continua de los procesos asociados al contrato. |

Copia Controlada
subred Sur Occidente

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 A FACTURA**

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

**NIT:900.959.048-4**

**DEBE A:**

**NATALY CONSUELO ROSAS RODRIGUEZ**
**C.C 53.123.238 DE Bogotá**

La suma de CUATRO MILLONES CIENTO NOVENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS PESOS M/CTE ($4.195.200), por concepto de servicios como psicóloga en el entorno comunitario, durante el periodo del 1 al 31 enero 2026, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 6253-2025.

**NATALY CONSUELO ROSAS RODRIGUEZ**
**C.C 53.123.238 DE Bogotá**
**CUENTA DE AHORROS BANCO Bancolombia**
**NUMERO 048-000114-05**

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al mes de enero 1 al 31 y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.

**María Cristina Triviño Díaz**
**Apoyo a la supervisión**
**Entorno Cuidador Comunitario**

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 | 53123238 | NATALY CONSUELO ROSAS RODRIGUEZ | KR 69 6A 35 | 3172441233 | natalycrosasr@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 |
| 92638363 | 09/01/2026 | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-12 | 2025-12 | N | 29/01/2026 | 43784040 | $9.200 | |

## 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 | 3.400 | 0 | | 0 | | 0 | 16 | 100 | 0 | 3.500 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 4.300 | 0 | 0 | 0 | 0 | 16 | 100 | 0 | 4.400 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 600 | | | | 600 | 16 | 100 | 700 | | | 6 | 700 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 500 | 16 | 100 | 600 | 1 |

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 16 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 16 | 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 | 3.400 | 3.500 |
| Pensión | 1 | 4.300 | 4.400 |
| Riesgos Laborales | 1 | 600 | 700 |
| CCF | 1 | 500 | 600 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 4 | 8.800 | 9.200 |

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 | 53123238 | NATALY CONSUELO ROSAS RODRIGUEZ | | KR 69 6A 35 | 3172441233 | natalycrosasr@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | |

| EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|---|
| NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| 92638363 | 09/01/2026 | N | 29/01/2026 | 43784040 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-12 | 2025-12 | | | | $9.200 | |

## 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 | 53123238 | ROSAS RODRIGUEZ NATALY CONSUELO | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | X | | | | | | | | 230201 | 1.678.080 | 268.500 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.678.080 | 209.800 | 14-11 | 1.678.080 | 3 | 40.900 | CCF24 | 1.678.080 | 33.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 53123238 | NATALY CONSUELO ROSAS RODRIGUEZ | KR 69 6A 35 | 3172441233 | natalycrosasr@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 | CANTIDAD UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-12 | 2025-12 | I | 09/01/2026 | 92638363 | $544.000 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 206.400 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 206.400 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 264.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 264.200 | 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 | 40.300 | | | | 40.300 | 0 | 0 | 40.300 | | | 403 | 40.300 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 33.100 | 0 | 0 | 33.100 | 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 | 206.400 | 206.400 |
| Pensión | 1 | 264.200 | 264.200 |
| Riesgos Laborales | 1 | 40.300 | 40.300 |
| CCF | 1 | 33.100 | 33.100 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 4 | 544.000 | 544.000 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 53123238 | NATALY CONSUELO ROSAS RODRIGUEZ | | KR 69 6A 35 | 3172441233 | natalycrosasr@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | |

| EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|---|
| NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-12 | 2025-12 | I | 09/01/2026 | 92638363 | $544.000 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Estornado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 53123238 | ROSAS RODRIGUEZ NATALY CONSUELO | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 1.650.883 | 264.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.650.883 | 206.400 | 14-11 | 1.650.883 | 3 | 40.300 | CCF24 | 1.650.883 | 33.100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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