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	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Salud
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

75

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DAYANNA ALEJANDRA MARTINEZ MOLANO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1016084496						
CORREO ELECTRONICO:	malejam96@gmail.com				CELULAR:	3144421201						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					FONTIBON ZONA FRANCA FO09							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC VIGILANCIA SALUD AMBIENTAL				SEDE:	FONTIBON						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	FO09K31	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	488414946423								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	5441-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		7	DE	7		
NÚMERO DE CDP	1722	FECHA	26/11/2020	NÚMERO DE CRP	55345	FECHA	11/30/2020			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	12	2020		31	12	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.197.015									
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	$0							

OBSERVACIONES: Ninguna.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$13.802.986,00
VALOR EJECUTADO	$13.802.986,00
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.197.015
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del **mínimo** valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a **$2'194.507**, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
47034443/47307090	$1.127.164	$140.896	$180.346	3	$27.458	**$348.699**

Dado en Bogotá al mes de Diciembre del año Dos Mil Veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

JENNY CONSTANZA BERMUDEZ GARCIA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR

DAYANNA ALEJANDRA MARTINEZ MOLANO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**	Versión	2
		Fecha de aprobación	3/04/2017
		Código:	04-02-FO-0003
			ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	PIC VIGILANCIA SALUD AMBIENTAL			**Sede: FONTIBON ZONA FRANCA FO09**						
No. DE CONTRATO:	5441-2020	**Periodo certificado desde el**		**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
				1	12	2.020		31	12	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DAYANNA ALEJANDRA MARTINEZ MOLANO			**C. C.**		1.016.084.496		**DE**	BOGOTA	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como técnico ambiental a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE de acuerdo al requerimiento institucional.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI __x__ NO ____ Servicios: SI ___ NO _____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Realizar, liderar o apoyar acciones y/o procesos de inspección, vigilancia sanitaria y/o epidemiológica, actividades referidas al control y prevención de enfermedades zoonoticas, en diferentes líneas de intervención o actividades correspondientes a las acciones de vigilancia intensificada a los que sea designado, afines al perfil profesional conforme a lo establecido en los documentos técnicos, estándares y plan de acción en el contrato vigente entre la Subred y la Secretaria Distrital de Salud	SI	DILIGENCIAMIENTO DE ACTAS DE IVC A 27 MINORISTAS, 5 SUPERMERCADOS, 5 DEPOSITOS, 9 OPERATIVOS, 1 MUESTREO.	SE ENTREGAN: 46 ACTAS DE IVC A ESTABLECIMIENTOS.
2. Presentar y entregar informes oportunamente en los formatos establecidos, indicando cada una de las actividades realizadas y sus respectivos soportes que sustenten las actividades. Así como los respectivos cronogramas, visitas o acciones a realizar y realizadas	SI	DILIGENCIAMIENTO DE ACTAS DE IVC A 27 MINORISTAS, 5 SUPERMERCADOS, 5 DEPOSITOS, 9 OPERATIVOS, 1 MUESTREO.	FORMATO DE ENTREGA DE SOPORTES SEMANAL
3. Entregar oportunamente los productos que alimentan los sistemas de información en vigilancia sanitaria y otros	SI	SE CUMPLE CON LOS PORCENTAJES ESTABLECIDOS POR SEMANA	SE SOCIALIZA EN IVC LEY 9/79, LEY 1335/2009, ACUERDO 634/20015, ACUERDO 588/2015, RESOLUCIÓN 2674/2013, ACUERDO 570/2014.
4. Acompañamiento a las auditorías internas y externas en caso de requerirse.	SI	SE REALIZA ACOMPAÑAMIENTOS EN AUDITORIAS EN CASO DE REQUERIRSE	FORMATO DE ENTREGA DE SOPORTES SEMANAL
5. Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones obtenidas.	SI	SE REALIZA REVISION DE LAS ACTIVIDADES, MEJORAMIENTO DE LOS PROCESOS QUE SE REALIZAN EN VIGILANCIA	FORMATO DE ENTREGA DE SOPORTES SEMANAL
6. Mantener la confidencialidad de la información, reservas de los sistemas de información, derechos de autor en desarrollo de aplicaciones y programas tecnológicos, registro de soporte logístico (Software), definición de la tutoría de los documentos científicos y de más información que se genere dentro de las labores propias de su perfil en el componente de Vigilancia Sanitaria y Ambiental y de vigilancia en salud pública	SI	SE MANTIENE LA CONFIDENCIALIDAD DE LOS SISTEMAS Y PROGRAMAS ASI COMO DE LA INFORMACION QUE SE GENERA DENTRO DE LAS ACCIONES DE MI CARGO	NO APLICA
7. Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos y responder a la disponibilidad asignada.	NO	NO APLICA	NO APLICA
8. Llevar de forma ordenada un archivo físico y/o magnético de fácil consulta y verificación.	SI	SE LLEVA INFORMACION ORDENADA TANTO DE ARCHIVO FISICO COMO EN MEDIO MAGNETICO	SE MANTIENE CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION QUE SE GENERA DENTRO DE LAS LABORES
9. Atender y dar respuesta oportuna a peticiones, solicitudes o quejas presentadas por la comunidad.	SI	SE RESPONDE OPORTUNAMENTE SOLICITUDES Y ORFEOS	SE INFORMA OPORTUNAMENTE EVENTUALIDADES
10. Asiste a las diferentes reuniones, eventos o espacios que le sean asignados y/o delegados.	SI	ASISTO A LAS REUNIONES O EVENTOS QUE SE ASIGNAN CUANDO SEA EL CASO	SE LLEVA INFORMACION ORDENADA TANTO DE ARCHIVO FISICO COMO EN MEDIO MAGNETICO
11. Apoyar la realización de jornadas, actividades y eventos de interés del área de Salud Pública o demás actividades de la Subred, cuando sea requerido.	SI	SI APOYO ACTIVIDADES Y EVENTOS DE INTERES EN SALUD PÚBLICA CUANDO ASI SE REQUIERE	NO APLICA PARA ESTE MES
Asistir a las diferentes reuniones, eventos o espacios que le sean asignados y/o delegados	SI	REUNIÓN DE LÍNEA DE ALIMENTOS SANOS Y SEGUROS CON LÍDER OPERATIVO	REUNIÓN DE LÍNEA DE ALIMENTOS SANOS Y SEGUROS CON LÍDER OPERATIVO
12. Promover el cuidado y custodia del patrimonio institucional y responder por los elementos dados a su responsabilidad	SI	SI PROMUEVO EL AUTOCUIDADO Y RESPONDO POR LOS ELEMENTOS DADOS A MI RESPONSABILIDAD	NO APLICA PARA ESTE MES
13. Conocer, promover y aplicar las Políticas institucionales que garanticen los objetivos corporativos, el buen uso de los recursos, la seguridad, el bienestar y la satisfacción del cliente interno y externo de la Subred.	SI	SE PROMUEVE EL CUIDADO Y CUSTODIA DEL PATRIMONIO INSTITUCIONAL Y SE RESPONDE POR LOS ELEMENTOS QUE FUERON ASIGNADOS A MI RESPONSABILIDAD	SE PROMUEVE EL CUIDADO Y CUSTODIA DEL PATRIMONIO INSTITUCIONAL Y SE RESPONDE POR LOS ELEMENTOS QUE FUERON ASIGNADOS A MI RESPONSABILIDAD

14. Conocer, promover y aplicar las Normas de Gestión Ambiental, residuos hospitalarios, manual de higiene y seguridad industrial, programa de salud ocupacional, planes de emergencia, para proteger la salud en el trabajo aplicando las técnicas de Bioseguridad Transversales:	SI	SE CONOCEN Y APLICAN LAS POLITICAS INSTITUCIONALES	SE CONOCEN Y APLICAN LAS POLITICAS INSTITUCIONALES
1. Ejecutar las actividades según criterios de autocontrol.	SI	Se ejecutan actividades según criterios de autocontrol y compromisos que tengan lugar por PSPIC	según se requiera
2. Salvaguardar los equipos y elementos puestos a disposición para el desarrollo del objeto	SI	Se ejecutan actividades según criterios de autocontrol y compromisos que tengan lugar por PSPIC	según se requiera
3. Cumplir con las normas y procedimientos establecidos en los manuales y reglamentos de la institución	SI	Se ejecutan actividades según criterios de autocontrol y compromisos que tengan lugar por PSPIC	según se requiera
4. Asistir a las diferentes reuniones, eventos o espacios que le sean asignados y/o delegados	SI	Se ejecutan actividades según criterios de autocontrol y compromisos que tengan lugar por PSPIC	según se requiera
5. Participar en el proceso de acreditación en salud de la Subred	SI	Se ejecutan actividades según criterios de autocontrol y compromisos que tengan lugar por PSPIC	según se requiera
6. Mantener, desarrollar e implementar la visión y la misión de la Subred e impulsar y promocionar nuestro portafolio de servicios.	SI	Se ejecutan actividades según criterios de autocontrol y compromisos que tengan lugar por PSPIC	según se requiera
7. Presentar y entregar informes oportunamente en los formatos avalados por la Secretaría Distrital de Salud y la Subred, de cada una de las actividades realizadas y sus respectivos soportes: (Cronograma, informes, entre otros)	SI	Se ejecutan actividades según criterios de autocontrol y compromisos que tengan lugar por PSPIC	según se requiera
8. Presentación y acompañamiento a las auditorías	SI	Se ejecutan actividades según criterios de autocontrol y	según se requiera
9. Participar activamente en procesos y metodologías de atención ante un evento prioritario de Salud Pública o alertas epidemiológicas que se presente de manera crítica en la Subred, según se requiera.	SI	Se ejecutan actividades según criterios de autocontrol y compromisos que tengan lugar por PSPIC	según se requiera
10. Adherirse a los procedimientos internos para la solicitud de insumos necesarios en las líneas de acción, teniendo en cuenta los lineamientos del contrato PSPIC, manual de contrataciones y/o demás procedimientos aplicables	SI	Se ejecutan actividades según criterios de autocontrol y compromisos que tengan lugar por PSPIC	según se requiera
11. Realizar entregas de los productos de su intervención cumpliendo los principios de veracidad, oportunidad, calidad según dinámica y/o programación de cada una de las líneas de intervención.	SI	Se ejecutan actividades según criterios de autocontrol y compromisos que tengan lugar por PSPIC	según se requiera
12. Garantizar la entrega oportuna de los productos teniendo en cuenta los ciclos de digitación del componente.	SI	Se ejecutan actividades según criterios de autocontrol y compromisos que tengan lugar por PSPIC	según se requiera
13. Ejercer los principios de autogestión, autoregulación y autocontrol en el desarrollo de sus actividades objeto del contrato.	SI	Se ejecutan actividades según criterios de autocontrol y compromisos que tengan lugar por PSPIC	según se requiera
14. Asistir a las reuniones ordinarias y extraordinarias convocadas por los líderes operativos, referente de vigilancia en salud ambiental, coordinador PIC y de nivel central.	SI	Se ejecutan actividades según criterios de autocontrol y compromisos que tengan lugar por PSPIC	según se requiera
15. Atender las solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a quejas y solicitudes asignadas por el líder operativo.	SI	Se ejecutan actividades según criterios de autocontrol y compromisos que tengan lugar por PSPIC	según se requiera
16. Enviar y responder de manera oportuna los informes, solicitudes y quejas derivados de la ejecución del presente contrato o de actividades delegadas por el líder operativo de la línea de intervención según sea requerido.	SI	Se ejecutan actividades según criterios de autocontrol y compromisos que tengan lugar por PSPIC	según se requiera
17. Atender oportunamente a la solicitud de ajuste de inconsistencias detectadas de los productos derivados de la ejecución de las actividades de IVC y sus correspondientes bases de datos	SI	Se ejecutan actividades según criterios de autocontrol y compromisos que tengan lugar por PSPIC	según se requiera
18. Asistir, participar activamente de las acciones del PSPIC en concordancia a la labor misional y/o institucional de requerirse, adicionalmente prestar apoyo, y participar en la atención de eventos de interés en salud publica según se requiera.	SI	Se ejecutan actividades según criterios de autocontrol y compromisos que tengan lugar por PSPIC	según se requiera
OBSERVACIONES:			
TOTAL A PAGAR (Número y letras): $2197507 Dos millones ciento noventa y siete mil quinientos siete pesos			
CONTRATISTA: **DAYANNA ALEJANDRA MARTINEZ MOLANO, C.C 1.016.084.496 DE BOGOTÁ**		Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:	
Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.			

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	1016084496	DAYANNA ALEJANDRA MARTINEZ MOLANO	Cl 22f 100a 12	8311731	malejam96@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	
47034443	02/12/2020				EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2020-11	2020-11	N	11/12/2020	47307090-	$77.100	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	31.100	0		0		0	0	0	0	31.100	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	39.900	0	0	0	0	0	0		39.900	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	860903790-5	6.100				6.100	0	0	6.100			61	6.100	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	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	31.100	31.100
Pensión	1	39.900	39.900
Riesgos Laborales	1	6.100	6.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	77.100	77.100

COPIA
47307090

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	1016064496	DAYANNA ALEJANDRA MARTINEZ MOLANO	Cl 22f 100a 12	8311731	mariejam96@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	
47036443	02/12/2020				EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2020-11	2020-11	N	11/12/2020	47307090	TOTAL A PAGAR	
					$77.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF		PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero no obligado a cotizar pensión	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	COR	CODIGO	Cód. AFP	ISC AFP	Cotización	Valor aporte Afiliado	Valor aporte Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	ISC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	ISC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	ISC CCF	Aporte CCF	ISC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1016064496	MARTINEZ MOLANO DAYANNA ALEJANDRA	30	0																			23001	1.127.184	160.400	0	0	0	0	EPS017	1.127.184	140.900	14-11	1.127.184	3	27.500		0	0	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	
CC	1016084496	DAYANNA ALEJANDRA MARTINEZ MOLANO		Cl 22f 100a 12	8311731	malejam96@gmail.com	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2020-11	2020-11	I	02/12/2020	47034443	TOTAL A PAGAR	
					$271.700	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	109.800	0		0		0	0	0	0	109.800	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	Protección (ING - Protección)	800229739-0	140.500	0	0	0	0	0	0		140.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	21.400				21.400	0	0	21.400			214	21.400	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	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	109.800	109.800
Pensión	1	140.500	140.500
Riesgos Laborales	1	21.400	21.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES		271.700	271.700

COPIA
TT 034476

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	1016084496	DAYANNA ALEJANDRA MARTINEZ MOLANO		Cl 22f 100a 12	8311731	malejam96@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2020-11	2020-11	I	02/12/2020	47034445	TOTAL A PAGAR	
					$271,700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES															PENSIÓN					SALUD				RIESGOS LABORALES			CCF		PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Tarifa	Exterior	Extranjero sin cédula	Colombiano	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	Días	Cód. AFP	ISC AFP	Cotización	Voluntario a Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod. EPS	ISC EPS	Cotización/UPC	Cód. ARL	ISC ARL	Días a Cotizar	Cotización	Código CCF	ISC CCF	Aporte CCF	ISC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1016084496	MARTINEZ MOLANO DAYANNA ALEJANDRA	SI	0		N											1					1	23201	877,803	148,500	0	0	0	0	EPS017	877,803	109,600	14-01	877,803	1	21,400		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

DAYANNA ALEJANDRA MARTINEZ MOLANO

CC 1.016.084.496 DE BOGOTA

La suma de La suma de 2197507 DOS MILLONES CIENTO NOVENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS SIETE PESOS *M/CTE*, por concepto de servicios TECNICO AMBIENTAL durante el periodo de 01 al 31 de DICIEMBRE 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 5441-2020



DAYANNA ALEJANDRA MARTINEZ MOLANO

CC 1.016.084.496 de BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 488414946423