| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | **CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**<br>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN | CÓDIGO: AP-CT-F-16-08<br>VERSIÓN: 8<br>PÁGINA: 1 DE 1<br>FECHA: 28/07/2020 |

## INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: **MENDEZ BASILIO FELIX** | | | |
| **TIPO DE DOCUMENTO:** | **C.C X C.E** | **NO.** | **79160498** |
| CELULAR:<br>**3115027725** | CORREO ELECTRÓNICO:<br>**basiliofelixmendez@gmail.com** | SEDE:<br>**CENTRO DE SALUD TIPO II RINCÓN** | CENTRO DE COSTOS:<br>**RNCR23 - ADM FACTURACION - AUTORIZACIONES Y ADMISIONES USS RINCÓN** |
| PROCESO:<br>**DIRECCIÓN FINANCIERA** | | SERVICIO:<br>**ADMINISTRATIVO - HORAS** | |
| ENTIDAD FINANCIERA:<br>**BANCO DAVIVIENDA** | TIPO DE CUENTA:<br>**AHORROS** | NUMERO DE CUENTA BANCARIA:<br>**457870019397** | |
| **PENSIONADO:** | **SI X No** | | |

## INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:<br>**340-2026** | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO:<br>**4** | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **CDP 1** | 165 | **FECHA** | 22/01/2026 | **CRP 1** | 9598 | **FECHA** | 01/02/2026 |
| **CDP 2** | 705 | **FECHA** | 20/05/2026 | **CRP 2** | 20059 | **FECHA** | 22/05/2026 |
| **CDP 3** | – | **FECHA** | – | **CRP 3** | – | **FECHA** | – |
| **CDP 4** | – | **FECHA** | – | **CRP 4** | – | **FECHA** | – |
| **CDP 5** | – | **FECHA** | – | **CRP 5** | – | **FECHA** | – |
| **CDP 6** | – | **FECHA** | – | **CRP 6** | – | **FECHA** | – |

OBJETO DEL CONTRATO: **Prestar servicios profesionales o de apoyo a la gestión administrativa y/ o asistencial en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.**

| **PERIODO CERTIFICADO:** | **DESDE** | | | **HASTA** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **DÍA** | **MES** | **AÑO** | **DÍA** | **MES** | **AÑO** |
| | **01** | **05** | **2026** | **31** | **05** | **2026** |

| | | |
|---|---|---|
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:<br>**$ 2.337.276** | TIPO DE SERVICIOS:<br>**ADMINISTRATIVO - HORAS** | VALOR HORA / DÍA:<br>**$ 12.566** |

**OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias, alivios tributarios, etc.)**

Por favor ajustar actividades plantilla de actividades aprobada. • REVISADO PLANILLA Y HORA VALOR OK

## CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

| CONCEPTO | VALORES |
|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | **$ 11.686.380** |
| VALOR EJECUTADO | $ 7.011.828 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | **$ 2.337.276** |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS | 186 |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES | 186 |
| SALDO POR EJECUTAR | $ 4.674.552 |
| VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación) | $ 0 |
| **PORCENTAJE DE EJECUCIÓN** | **60.0 %** |

**El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:** De conformidad al decreto 1273 de 2018, el supervisor certifica que los aportes pagados en la planilla de seguridad social (EPS, Pensiones y ARL) del mes anterior corresponden al periodo a certificar. **El supervisor del contrato hace constar que los datos registrados en la presente certificación de cumplimiento fueron debidamente revisados y son veraces.**

| IBC DE COTIZACIÓN Mes Vencido | APORTE SALUD 12.5% IBC | APORTE PENSIÓN 16% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES | Número de Planilla Mes Vencido |
|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.750.905 | $ 218.900 | $ 280.192 | III | $ 42.700 | **$ 541.792** | 82196525 |

Dado en Bogotá a los **31** días del mes de **Mayo** del año **2026**. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR**
ERIKA PAOLA ROJAS URREGO
CC: 53039804

| | |
|---|---|
| | <br>_____<br>**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA**<br>MENDEZ BASILIO FELIX<br>CC: 79160498 |

| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | **INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**<br>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN CONTRACTUAL | CÓDIGO: AP-CT-F-50<br>VERSIÓN: 4<br>PÁGINA: 1 DE 1<br>FECHA: 07/11/2024 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ÁREA Y/O SERVICIO: **DIRECCIÓN FINANCIERA** | | UNIDAD: **CENTRO DE SALUD TIPO II RINCÓN** | | | | | |
| No. DE CONTRATO: **340-2026** | PERIODO CERTIFICADO | Día | Mes | Año | Día | Mes | Año |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: **ERIKA PAOLA ROJAS URREGO** | | 01 | 05 | 2026 | 31 | 05 | 2026 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: **MENDEZ BASILIO FELIX** | | DOCUMENTO: **79160498** | | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: **Prestar servicios profesionales o de apoyo a la gestión administrativa y/ o asistencial en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.** | | | | | | | |
| TOTAL DE EJECUCIÓN (%): **60.0 %** | | | | | | | |

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS | ACTIVIDADES REALIZADAS |
|---|---|
| 1. Prestar sus servicios personales en las Instalaciones de la Subred Integrada de servicios de salud Norte E.S.E, como Auxiliar administrativo II atención al usuario - almacén - facturador ambulatorio en lo concerniente a verificación de estado de afiliación de los usuarios en los diferente aplicativos (Fosyga, comprobador de derechos de la SDS de Bogotá, bases de datos de capitación, DNP, escolares, entre otros) | Verificar el estado de afiliación de los usuarios en los diferentes aplicativos institucionales y oficiales para el proceso de atención y facturación ambulatoria. |
| 2. Realizar facturación de traslados prehospitalarios teniendo en cuenta los convenios suscritos por la Subred, al igual que la facturación de servicios de Unidad Móvil y demás servicios que requieran ser facturados correspondientes a servicios ambulatorios. | Realizar facturación de servicios ambulatorios. |
| 3. Realizar la admisión de los pacientes en el sistema de información de la Subred Norte, con los datos obligatorios requeridos, verificar y registrar la Autorización emitida por las diferentes Entidades Responsables de Pago y registrarla en la factura correspondiente | Realizar la admisión de los pacientes en el sistema de información de la Subred Norte, con los datos obligatorios requeridos, verificar y registrar la Autorización emitida por las diferentes Entidades Responsables de Pago y registrarla en la factura correspondiente. |
| 4. Asignar citas y facturar las actividades por prestación de servicios de salud a los usuarios en los distintos servicios y/ o puntos de atención de la Subred. | Asignar citas y facturar las actividades por prestación de servicios de salud a los usuarios en los distintos servicios y/o puntos de atención de la Subred. |
| 5. Informar los casos de pacientes particulares, suspendido o con alguna inconsistencia en la afiliación, autorización, identificación o documentación de los pacientes según sea el caso al área de trabajo social. | Notificacion de las incosistencias presentadas por pacientes particulares, suspendidos o con irregularidad en la afiliacion y autorizacion o documento. |
| 6. Hacer firmar factura de venta al usuario y definir línea de pago. | Hacer firmar factura de venta al usuario y definir línea de pago. |
| 7. Firmar la factura por el facturador responsable en el campo firma de la institución | Firmar la factura por el facturador responsable en el campo firma de la institución, |
| 8. Recaudar valor de los copagos y/ o cuotas de recuperación conforme a lo establecido en el acuerdo 260/2004 y decreto 2357/1995 y resolución 5592 de 2015 | Recaudar valor de los copagos y/o cuotas de recuperación conforme a lo establecido en la normatividad vigente. |
| 9. Soportar la factura de venta con el registro de atención correspondiente y los soportes ajustados a resolución 3047 de 2008 y Resolución 3374 de 2000 | Soportar la factura de venta con el registro de atención correspondiente y los soportes definidos segùn la resolución 3047 de 2008 y Resolución 3374 de 2000. |
| 10. Hacer cierre diario, depósito de efectivo y traslado de caja para entrega al cajero principal. | Hacer cierre diario, depósito de efectivo y traslado de caja segùn los procedimientos institucionales |
| 11. Entrega de forma diaria todas las facturas generadas en la central de cuentas de forma organizada por orden consecutivo y por pagador con el fin de que la persona asignada pueda realizar la auditoria y posterior entrega de las facturas para la radicación de la cuenta de cobro a la ERP. | Entrega diaria de facturas de manera organizada en la central de cuentas, armado de cuentas del Fondo Financiero Distrital de Salud y ADRES con reporte del sistema "factura por usuario detallado". |
| 12. Realizar corrección en un plazo no mayor a 48 horas de las facturas devueltas por el Técnico de cuentas medicas y/ o quien haga sus veces, incluido el soporte, re facturación de servicios por error en cobro de los mismos cuando así lo solicite el encargado de la auditoria, cuando la factura sea devuelta el último día del mes esta se deberá solucionar el mismo día. | Refacturar servicios de salud (cambio de pagador) cuando se requiera. |
| 13. En caso de identificar errores en la generación de las | Solicitar anulaciòn de facturas cuando se requiera, reportando el motivo |

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS | ACTIVIDADES REALIZADAS |
|---|---|
| facturas, solicitar la anulación de facturas de forma diaria registrando todos los datos establecidos incluyendo el motivo de la anulación y remitiendo el número de la factura que reemplaza la anulada | de anulación y realizar el reemplazo. |
| 14. Realizar el cierre de cargos pendientes por facturar reportados por el profesional de apoyo de cada unidad para garantizar la facturación efectiva de los servicios | Realizar el cierre de ingresos abiertos pendientes por facturar, reportados por el referente de la Unidad. |
| 15. Apoyar el procese de respuesta a devolución de facturas por los diferentes pagadores cuando asi se requiera, al igual que apoyar el proceso de radicación de cuentas. | Apoyar la respuesta a devolución de facturas y radicación de cuentas cuando se requiera. |
| 16. Realizar la factura de acuerdo al procedimiento establecido y a los requerimientos de ley y en los tiempos asignados. | Generar la factura de acuerdo al procedimiento establecido, cumpliendo con la norvatividad vigente y en los tiempos asignados. |
| 17. Realizar factura y recibo manual cuando por fallas del sistema y/o caso de extrema urgencia no se pueda generar en el sistema, para estos casos deberá diligenciar el total de los datos establecidos en la factura manual y en el momento en el cual el sistema de información se reestablezca generar la factura en el sistema. | Realizar factura y recibo manual, cuando se presenten fallas del sistema de informaciòn cumpliendo con lo definido en el plan de contingencia, una vez reestablecido el sistema, generar las facturas y recibos de caja en el sistema de informaciòn. |
| 18. Custodiar las facturas manuales entregadas para los planes de contingencia, de las cuales deberá entregar el original de la factura al usuario y la copia deberá permanecer en poder del facturador hasta tanto termine el talonario registrando en la copia de la factura el número de la factura generada en el sistema con la fecha de generación. | Custodiar las facturas manuales entregadas para los planes de contingencia, se debe entregar el original de la factura al usuario y la copia deberá permanecer en poder del facturador hasta tanto termine el talonario, registrando en la copia de la factura el número de la factura generada en el sistema con la fecha de generación. |
| 19. Cumplir a cabalidad las actividades contratadas y las relacionadas con los procesos propios de la prestación de los servicios de facturación, teniendo en cuenta la normatividad vigente, incluidos manuales tarifarios y contratación de la subred. | Cumplir con las actividades contratadas y las definidas segùn los procedimientos institucionales de facturación de servicios, teniendo en cuenta la normatividad vigente, incluidos manuales tarifarios y contratación de la subred. |
| 20. Presentarse y/o dar respuesta a las contingencias que la Subred Integrada de servicios de salud Norte E.S.E requiera, en aras de brindar respuesta oportuna y eficaz a los requerimientos que reciba el área. Estas medidas serán determinadas de acuerdo a las necesidades diarias de la división Financiera. | Apoyar planes de contingencia que la Subred Integrada de servicios de salud Norte E.S.E requiera. |
| 21. Manejar el sistema de información utilizado por la Subred Integrada de servicios de salud Norte E.S.E, para el proceso de facturación, atendiendo las especificaciones técnicas. | Hacer uso adecuado del sistema de informaciòn definido por la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE. |
| 22. Realizar con los técnicos, el auditor, el asistente y el Líder del proceso de facturación las actividades tendientes a garantizar el correcto proceso de facturación. | Realizar actividades que garanticen la correcta facturación de los servicios. |
| 23. Cumplir y verificar que los soportes de cada factura se ajusten a los anexos técnicos establecidos por la Subred Integrada de servicios de salud Norte E.S.E; requerimientos específicos de la contratación de prestación de servicios y requerimientos de ley para los casos de facturación. | Presentar la factura de venta con el registro de atención correspondiente y los soportes definidos segùn la resolución 3374 de 2000. |
| 24. Verificar la información y comunicar las inconsistencias detectadas en el proceso de generación de la factura y la aplicación de las acciones de mejoramiento pertinentes. | Reportar las inconsistencias presentadas en la generación de facturas al Referente de la Unidad. |
| 25. Contribuir a la disminución del porcentaje de glosa dando cumplimiento a sus actividades | Generar y soportar facturas de manera correcta con el fin de lograr la disminuciòn de glosa. |
| 26. Entregar al interventor del contrato mensualmente informe de las actividades desarrolladas. | Entregar informe mensual de actividades al supervisor del contrato. |
| 27. Responder económicamente cuando se genere detrimento patrimonial por omisión o acción comprobada y relacionada con el incumplimiento de sus actividades y que generen glosa definitiva total o parcial de la factura, por lo cual se realiza el descuento respectivo del pago mensual dando cumplimiento a la normatividad vigente. | Responder económicamente cuando se genere detrimento patrimonial por omisión o acción comprobada y relacionada con el incumplimiento de sus actividades y que generen glosa definitiva total o parcial de la factura, por lo cual se realiza el descuento respectivo del pago mensual dando cumplimiento a la normatividad vigente. |
| 28. Responder por el buen uso y mantenimiento de los equipos e implementos asignados para el desarrollo de las actividades contratadas. | Responder por el buen uso y cuidado de los equipos e implementos asignados para el desarrollo de las actividades contratadas. |
| 29. Brindar atención Humanizada integral, con calidad y | Brindar atención Humanizada integral, con calidad y respeto al usuario, su |

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS | ACTIVIDADES REALIZADAS |
|---|---|
| respeto al usuario, su familia, acompañante y establecer relaciones de respeto, solidaridad y cordialidad con los compañeros de la Institución. | familia, acompañante y establecer relaciones de respeto, solidaridad y cordialidad con los compañeros de la Institución. |
| 30. Cumplir las normas establecidas por la institución en el cumplimiento de sus actividades, así como la entrega oportuna de la constancia de pago de seguridad Social y el respectivo informe mensual de actividades específicas, obligaciones y/o productos del contratista. | Cumplir las normas establecidas por la institución en el cumplimiento de sus actividades, así como la entrega oportuna de la constancia de pago de seguridad Social y el respectivo informe mensual de actividades específicas, obligaciones y/o productos del contratista. |
| 31. Diligenciar en el sistema de información los datos requeridos para el correcto diligenciamiento de registros Individuales de atención (Rips). | Diligenciar en el sistema de información los datos requeridos para el correcto diligenciamiento de registros Individuales de atención en formato JSON. |
| 32. El contratista se obliga para con la Subred Integrada de servicios de salud Norte E.S.E a informar con treinta (30) días de antelación en el evento dar por terminado de forma unilateral el contrato, para que la Administración durante este lapso pueda proveer la contratación a que haya lugar para no desproteger los servicios. | El contratista se obliga para con la Subred Integrada de servicios de salud Norte E.S.E a informar con treinta (30) días de antelación en el evento dar por terminado de forma unilateral el contrato, para que la Administración durante este lapso pueda proveer la contratación a que haya lugar para no desproteger los servicios. |
| 33. Asistir a capacitaciones, reuniones y aplicar el estricto cumplimiento de lo informado en las mismas, así como los lineamientos planteados en estas. | Asistir a capacitaciones, reuniones y aplicar el estricto cumplimiento de lo informado en las mismas, así como los lineamientos planteados en estas. |
| 34. La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte certificara al contratista el 100% una vez de cumplimento a las actividades asignadas contractualmente. | Cumplir con las actividades contractuales. |
| 35. Las demás que le sean asignadas para fortalecer los procesos y procedimientos propios del área en la USS de la Subred. | Cumplir con las actividades adicionales que le sean asignadas para fortalecer los procesos y procedimientos propios del área en la USS de la Subred. |
| 36. Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema único de Habilitación, Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información. | Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema único de Habilitación, Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información. |
| 37. Desarrollar las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas. | Desarrollar las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas. |

OBSERVACIONES:

186 HORAS CERTIFICADAS

TOTAL A PAGAR:

**$ 2.337.276 — DOS MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS M/CTE**

Fecha: 31/05/2026

_____

**NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA**
MENDEZ BASILIO FELIX
CC: 79160498

Fecha: 31/05/2026

**FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR**
ERIKA PAOLA ROJAS URREGO
CC: 53039804

*Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación 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 | 79160498 | BASILIO FELIX MENDEZ | cra 109c#141a58 | 3115027725 | basiliofelixmendez@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) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 82196525 | 11/05/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-04 | 2026-04 | I | $0 | $261.600 | |

## 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 | | | | | |
| EPS037 | Nueva EPS | 900156264-2 | 218.900 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 218.900 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-23 | Positiva Seguros | 860011153-6 | 42.700 | | | | 42.700 | 0 | 0 | 42.700 | | | 427 | 42.700 | 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 | 218.900 | 218.900 |
| Pensión | 0 | 0 | 0 |
| Riesgos Laborales | 1 | 42.700 | 42.700 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 2 | 261.600 | 261.600 |

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 | 79160498 | BASILIO FELIX MENDEZ | cra 109c#141a58 | 3115027725 | basiliofelixmendez@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) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 82196525 | 11/05/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-04 | 2026-04 | I | $0 | $261.600 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | RIESGOS LABORALES | | | | | CCF | | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Excenerado | INS | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Días | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Días | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Días | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Días | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC 79160498 | FELIX MENDEZ BASILIO | 59 | 2 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS037 | 1.750.905 | 30 | 218.900 | 14-23 | 1.750.905 | 30 | 3 | 42.700 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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