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
APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 4921 2018 **C.D.P. No.:** CDP 2423 **Proceso al que pertenece:** PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC

Unidad a la que pertenece: SALUD PUBLICA - ESPACIO PUBLICO

Nombre del Contratista: MARIA ISABEL PEÑA RODRIGUEZ **C.C.** 51.942.226 **de:** Bogotá

Fecha Inicio: 2018-07-09 **Fecha Terminación incial:** 2018-08-08 **Valor Mensual:** $ 2.800.000 **Valor a cobrar:** $ 2.053.333

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 2.053.333	$ 346.500	8328372835
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2.800.000	$ 2.800.000	$ 2.053.333	$ 746.667

2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN PSICOLOGIA DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-07-09 **Hasta:** 2018-07-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.	*Lectura de lineamientos LGBTI *Elaboración plan de acción *4 recorridos territoriales con acciones de enganche *6 actividades lúdicas pedagógicas * 24 Asesorías psicosociales *1 Fortalecimiento a redes intitucionales *Participación a reuniones y lineas técnicas
2	2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexo y lineamientos contenidos en el contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital.	*Lectura de lineamientos LGBTI *Elaboración plan de acción *4 recorridos territoriales con acciones de enganche *6 actividades lúdicas pedagógicas * 24 Asesorías psicosociales *1 Fortalecimiento a redes intitucionales *Participación a reuniones y lineas técnicas
3	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Elaboración cronograma julio de 2018 de las actividades del equipo LGBTI

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

Firma del Contratista

C.C. 51.942.226 **de** Bogotá

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	ADRIANA HIGUERA
CARGO:	LIDER DE ESPACIO PUBLICO
FIRMA	Adriana Higuera

Señor(a): MARIA ISABEL PEÑA RODRIGUEZ
No. Identificación: CC 51942226
Dirección: CALLE 5 12 25
Teléfono: 2410746 **Fax:** 2410746
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8328372835

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	MARIA ISABEL PEÑA RODRIGUE
Tipo y Número de Identificación	CC 51942226
Número Planilla	8328372835
Fecha de Pago	7/9/2018
Número de Autorización de Pago	70718441
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Julio 2018
Periodo Cotización Pensión	Julio 2018
Periodo Cotización Caja	Julio 2018
Número de Administradoras	4
Total Pagado	$368.900
Total interes Mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	$27.300	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	$179.200	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	$22.400	1
EPS008	Compensar EPS	$140.000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 51942226
APELLIDOS Y NOMBRES PEÑA RODRIGUEZ MARIA ISABEL

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008	25-14	0	1.120.000	1.120.000	1.120.000	1.120.000	140.000	179.200	27.300	0

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

PAGADO 70718441

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

SECOP II | Colombia Con... | Administración de contr...

Seguro | https://www.secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractManagement/index?Messages=Datos%20cambiados|Success

Colombia Compra Eficiente

UTC-5 ... MARIA ISABEL PEÑA ...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a | Buscar

Escritorio → Menú → Administración de contratos

Id de página ... Ayuda

Datos cambiados

Volver | Últimas modificaciones | Todos | Seleccione

Buscar contrato

Buscar | (Búsqueda avanzada)

Últimas modificaciones

Id del contrato	Número del Contrato	Entidad Estatal	Tipo de entidad	Fecha de firma	Fecha de finalización	Facturación de la entidad	Valor total de la oferta	Estado	
316670	PS 4921 2018	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E S E	Entidad Estatal	1 día de tiempo transcurrido (09/07/2018 11:59:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	28 días para terminar (05/08/2018 11:59:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	MARIA ISABEL PEÑA RODRIGUEZ	2.800.000 COP	Firmado y enviado a la Entidad Estatal	Detalle
267582	PS 3469 2018	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E S E	Entidad Estatal	20/04/2018 11:59:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	21 días de tiempo transcurrido (19/06/2018 11:59:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	MARIA ISABEL PEÑA RODRIGUEZ	5.600.000 COP	Modificación aceptada enviada	Detalle

OPCIONES

VER

Últimas modificaciones
Todos
Esperando aprobación
Firmado
Firmado y enviado a la Entidad Estatal
Suspendidos
Cancelados
Cerrados
Firmados y Terminados anormalmente

HERRAMIENTAS

© 2014 Vortal Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)

Escribe aquí para buscar

JOTA

18:2
11/07/2018

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
APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS-4921-2018	**C.D.P. No.:**	2423	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - ESPACIO PUBLICO

Nombre del Contratista: MARIA ISABEL PEÑA RODRIGUEZ **C.C.** 51.942.226 **de:** BOGOTÁ

Fecha Inicio: 2018-07-09 **Fecha Terminación inicial:** 2018-08-08 **Valor Mensual:** $ 2.800 000 **Valor a cobrar:** $ 2.800.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.800.000	2807	2018-08-09	2018-09-07
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 2.053.333	$ 346.500	8328372835
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 346.500	8329031781
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2.800.000	$ 5.600.000	$ 4.853.333	$ 746.667

2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO GESTOR COMUNITARIO DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-08-01 **Hasta:** 2018-08-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE	Se realizan las acciones dispuestas para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato FFD y la ESE.
2	2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el Contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital.	se presenta la informacion y soportes solicitados con el fin de corroborar las actividades coractuales, se apoyan las diferentes acciones inherentes en pro del mejoramiento y calidad de los servicios
3	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	se presenta el cronogramaga de actividades del mes
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

Firma del Contratista

C.C. 51.942.226 de BOGOTÁ

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	ADRIANA HIGUERA
CARGO:	LIDER DEL ESPACIO PUBLICO
FIRMA	Adriana Higuera

Constancia por Pérdida de

Documentos



Constancia por Pérdida de Documentos y/o Elementos

La Policía Nacional de Colombia Certifica que el día 13 mes 8 año 2018, a las 1:04 p. m. El(La) señor(a) MARIA ISABEL PEÑA RODRIGUEZ identificado(a) con Cedula de ciudadanía No. 51942226 , reportó el extravío del(los) documento(s) o elemento(s) relacionado(s) a continuación:

Tipo	Número	Descripción
Otro / Other	8329031781	Recibo de pago de planilla pila correspondiente al mes de Agosto

La presente constancia se puede verificar en http://webrp.policia.gov.co/Constancia/publico/Buscador_Constancia.aspx , mediante el número de consecutivo 5194222623310874.

La presente certificación no constituye documento de identificación y solamente constituye la certificación del reporte realizado por el usuario. La entidad encargada de expedir el duplicado del documento o elemento reportado como extraviado puede verificar el reporte en cualquier momento.

Imprimir constancia DESCARGAR AHORA

© 2008 - POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA - Todos los Derechos Reservados, Carrera 59No 26-21, CAN, Bogotá D.C.

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): MARIA ISABEL PEÑA RODRIGUEZ
No. Identificación: CC51942226
Dirección: CALLE 5 12 25
Telefono: 2410746
Correo: marisabelp1@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8329031781

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MARIA ISABEL PEÑA RODRIGUEZ
Tipo y número de identificación	CC51942226
Número de planilla	8329031781
Fecha pago	2018-08-09
Número de autorización pago	29031781
Banco	1052

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	agosto de 2018
Periodo de Cotización Pensión	agosto de 2018
Número de Administradoras	4
Total Pagado	*369500*
Total Intereses de Mora	600

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	27400	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	179400	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	22500	1
EPS008	Compensar EPS	140200	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 51942226
APELLIDOS Y NOMBRES: MARIA ISABEL PEÑA RODRIGUEZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	25-14	1120000	1120000	1120000	1120000	140000	0	179200	0	27300	0

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

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
APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS-4921-2018	**C.D.P. No.:**	2423	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - ESPACIO PUBLICO

Nombre del Contratista: MARIA ISABEL PEÑA RODRIGUEZ **C.C.** 51.942.226 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-07-09 **Fecha Terminación inicial:** 2018-08-08 **Valor Mensual:** $ 3.000.000 **Valor a cobrar:** $ 3.000.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.800.000	2807	2018-08-09	2018-09-07
2	$ 11.553.333	2857	2018-09-08	2019-01-03
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 2.053.333	$ 346.500	8328372835
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 346.500	8329031781
3	SEPTIEMBRE	$ 3.000.000	$ 395.700	8329690220- 30104570
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2.800.000	$ 17.153.333	$ 7.853.333	$ 9.300.000

2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO GESTOR COMUNITARIO DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-09-01 **Hasta:** 2018-09-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la E.S.E	Se asistio a las actividades de barrios prootores según planeacion estrategicapor el espacio publico
2	2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el contrato suscrito con el fondo financiero distrital.	Se resenta informacion y soportes solicicitados con el fin de corroborar las actividades contractuales
3	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	se presento cronograma de actividades del mes
4	4. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud.	Recalizar verificacion de aplicativo y asistencia tecnicas en el espacio y SDS
5	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal	realizar tamizajes a usuarios que asisten a la estratejis de cuidate se feliz según anexos operativosdados por los lineamientos de la SDS
6	6. Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal. C	Entrega oportuna , completa y ordenada de formatos requeridos según accion integrada 1
7		
8		
9		
10		

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

Firma del Contratista

C.C. 51.942.226 **de** BOGOTÁ

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	ADRIANA HIGUERA
CARGO:	LIDER DEL ESPACIO PUBLICO
FIRMA	Adriana Higuera

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): MARIA ISABEL PEÑA RODRIGUEZ
No. Identificación: CC51942226
Dirección: CALLE 5 12 25
Telefono: 2410746
Correo: marisabelp1@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8329690220

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MARIA ISABEL PEÑA RODRIGUEZ
Tipo y número de identificación	CC51942226
Número de planilla	8329690220
Fecha pago	2018-09-11
Número de autorización pago	29690220
Banco	1052

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	septiembre de 2018
Periodo de Cotización Pensión	septiembre de 2018
Número de Administradoras	4
Total Pagado	368900
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	27300	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	179200	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	22400	1
EPS008	Compensar EPS	140000	1

8329690220

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 51942226
APELLIDOS Y NOMBRES: MARIA ISABEL PEÑA RODRIGUEZ

EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	25-14	1120000	1120000	1120000	1120000	140000	0	179200	0	27300	0

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

SEP 10 2018 19:38:23 REMICT 7.10
CORRESPONSAL
TELECOMUNICACIONES CHA
AVX 14 1-54 LOC 30

BANCO AV VILLAS

C. UNICO: 0015712706 TER: BBVZZ676
MAESTRO Cc
++3729 RECIBO: 001101 RRN: 002223
RECAUDO APRO: 047420

SERVICIO: 1138
FACTURA: 00000000000000008329690220
** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA

RECAUDO $ 368.900

FECHA PLANILLA: 2018/09
VALOR PLANILLA: $ 368.900
VALOR COMISION: $ 0
VALOR IVA: $ 0
PAGO APLICADO EN MM/DD: 09/11
*** CLIENTE ***
MAYOR INFORMACION EN LA LINEA

SEP 10 2018 - 19:34:43
CORRESPONSAL
TELECOMUNICACIONES CHA
AVX 14 1-54 LOC 30
BANCO AV VILLAS

SERVICIO: 1138
FACTURA: 00000000000000008329690220
VALOR: $ 368.900

TOTAL: $ 368.900



ompensar | miplanilla.com

cación aportante: 51942226

17/09/2018 12:28 P.M.

Valor aporte

$ 28.400

Fechas de pago con intereses

Numero de pago periodo
nsión-salud: Septiembre2018 -
Septiembre 2018

8330104570



compensar | miplanilla.com

Identificación aportante: 51942226

Fecha liquidación: 17/09/2018 12:28 P.M.

Fecha de pago (dd/mm/aaaa)	Valor aporte
17/09/2018	$ 28.400
Fechas de pago con intereses	
05/10/2018	$ 26.400
08/10/2018	$ 26.800
09/10/2018	$ 26.800
10/10/2018	$ 26.800
11/10/2018	$ 26.800
12/10/2018	$ 26.800

Número de pago periodo
ensión-salud: Septiembre2018 -
Septiembre 2018

8330104570
(Corresponda al número de planilla)

s de pago el mismo día de generación del
Banco de Bogotá, Banco de Occidente, Puntos
Efecty, Metro, Jumbo, Red de Cajeros ATH,
mas Grupo Aval.
s de pago al día siguiente de generación de
anco AVVillas y Red Ceros.

rde que si paga sus aportes después
ora de cierre de operaciones bancarias
M) en horario adicional o durante fines
ana o festivos, el pago se verá
do al siguiente día hábil.
ación importante: Con el objetivo de
inconsistencias le invitamos a confirmar
mación reportada en la planilla antes
de realizar el pago, recuerde que una vez
pagada cualquier corrección deberá solicitarla
directamente con su(s) Administradora(s).

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	51942226	MARIA ISABEL PEÑA RODRIGUEZ		CALLE 5 12 25	2410746	marisabelp1@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	
6329690220	11/09/2018				EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2018-09	2018-09	N	17/09/2018	30104570	TOTAL A PAGAR	
					$26.400	

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	10.000	0		0		0	0	0	0	10.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	12.800	0	0	0	0	0	0		12.800	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	2.000				2.000	0	0	2.000			20	2.000	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	1.600	0	0	1.600	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	10.000	10.000
Pensión	1	12.800	12.800
Riesgos Laborales	1	2.000	2.000
CCF	1	1.600	1.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	26.400	26.400

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	51942220	MARIA ISABEL PEÑA RODRIGUEZ		CALLE 5 12 25	2410746	marisabelp1@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
8329690220	11/09/2018				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2018-09	2018-09	N	17/09/2018	30104570	$26.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Extranjero	Teletrabajo	Pensionado	Cotiza en otro sistema	Encargado	INE	PET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COLFONDOS	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	51942220	PEÑA RODRIGUEZ MARIA ISABEL	EB	0			N																	25-14	1.200.000	192.000	0	0	0	0	EPS008	1.200.000	150.000	14-7	1.200.000	3	29.000	CCF24	1.200.000	24.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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
APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS-4921-2018 **C.D.P. No.:** 2423 **Proceso al que pertenece:** PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
Unidad a la que pertenece: SALUD PUBLICA - ESPACIO PUBLICO

Nombre del Contratista: MARIA ISABEL PEÑA RODRIGUEZ **C.C.** 51.942.226 **de:** BOGOTÁ

Fecha Inicio: 2018-07-09 **Fecha Terminación inicial:** 2018-08-08 **Valor Mensual:** $ 3.000.000 **Valor a cobrar:** $ 3.000.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.800.000	2807	2018-08-09	2018-09-07
2	$ 11.553.333	2857	2018-09-08	2018-01-03
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 2.053.333	$ 346.500	8328372835
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 346.500	8329031781
3	SEPTIEMBRE	$ 3.000.000	$ 368.900	8329690220
4	OCTUBRE	$ 3.000.000	$ 368.900	30501586
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2.800.000	$ 17.153.333	$ 10.853.333	$ 6.300.000

2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO GESTOR COMUNITARIO DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-10-01 **Hasta:** 2018-10-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la E.S.E	Se asistio a las actividades de barrios prootores según planeacion estrategicapor el espacio publico
2	2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el contrato suscrito con el fondo financiero distrital.	Se resenta informacion y soportes solicicitados con el fin de corroborar las actividades contractuales
3	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	se presento cronograma de actividades del mes
4	4. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud.	Reealizar verificacion de aplicativo y asistencia tecnicas en el espacio y SDS
5	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	realizar tamizajes a usuarios que asisten a la estratejis de cuidate se feliz según anexos operativosdados por los lineamientos de la SDS
6	6. Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal. C	Entrega oportuna , completa y ordenada de formatos requeridos según accion integrada 1
7		
8		
9		
10		

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

Firma del Contratista

C.C. 51.942.226 **de** BOGOTÁ

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	ADRIANA HIGUERA
CARGO:	LIDER DEL ESPACIO PUBLICO
FIRMA	adriana higuera

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): MARIA ISABEL PEÑA RODRIGUEZ
No. Identificación: CC51942226
Dirección: CALLE 5 12 25
Telefono: 2410746
Correo: marisabelp1@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 30501586

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MARIA ISABEL PEÑA RODRIGUEZ
Tipo y número de identificación	CC51942226
Número de planilla	30501586
Fecha pago	2018-10-09
Número de autorización pago	324103
Banco	1083

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	octubre de 2018
Periodo de Cotización Pensión	octubre de 2018
Número de Administradoras	4
Total Pagado	368900
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	27300	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	179200	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	22400	1
EPS008	Compensar EPS	140000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 51942226
APELLIDOS Y NOMBRES: MARIA ISABEL PEÑA RODRIGUEZ

EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	25-14	1120000	1120000	1120000	1120000	140000	0	179200	0	27300	0

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

compensar | miplanilla.com

Identificación aportante: 51942226

Fecha liquidación: 08/10/2018 06:33 P.M.

Tipo de planilla: I
Número de planilla: 8330501586
Periodo liquidación: Octubre 2018

Fecha límite de pago (dd/mm/aaaa)	Valor a pagar
08/11/2018*	$ 368.900

*Pasada esta fecha se generan $0 intereses de mora

Información de la planilla

ARL - Cia. de Seguros Bolivar S.A.	$ 27.300
AFP - Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	$ 179.200
CCF - Compensar Caja de Compensacion Fiar	$ 22.400
EPS - Compensar EPS	$ 140.000

Novedades reportadas

Utilice su número de Identificación como PIN
Solamente en los siguientes puntos:

Banco de Bogotá
Banco AV Villas
Banco de Occidente

Diligencie el formato de retiro sin tarjeta:

- Número de cédula
- Periodo de pago
- Operador de información: miplanilla.com

51942226
(Corresponde al número de identificación)
Periodo Pensión-Salud: 2018 - (10) OCTUBRE

Aplica para independientes que han pagado al menos uno de los últimos cuatro (4) periodos de manera asistida y al no necesitar pagarse la planilla.

PIN para pago en otras entidades Periodo Pensión - Salud: Octubre 2018

8330501586
(Corresponde al numero de planilla)

Puntos de pago el mismo día de generación del PIN: Banco de Bogotá, Banco de Occidente, Puntos Vive Baloto, Metro, Jumbo, Red de Cajeros ATH, Almacenes Grupo Éxito.
Puntos de pago al día siguiente de generación de PIN: Banco AVVillas y Red Certi.
Recuerde que si paga sus aportes después de la hora de cierre de operaciones bancarias (3:00PM), en horario adicional o durante fines de semana o festivos, el pago se verá reflejado al siguiente día hábil.
Información importante: Con el objetivo de evitar inconsistencias le invitamos a confirmar la información reportada en la planilla antes de realizar el pago, recuerde que una vez pagada cualquier corrección deberá solicitarla directamente con su(s) Administradora(s).

COMPENSAR Y2K
Caja de Compensación Familiar
NIT 860,066,942-7

RECIBO: 4.984.624
Fecha: 2018/10/08 $368.900,00

Beneficiario: 51.942.226
MARIA ISABEL PEÑA RODRIGUEZ

Por la Suma de: TRESCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS PESOS M/C
Concepto: ING MI PLANILLA CENTRALIZADO R

FORMA DE PAGO
EFECTIVO-EF $368.900,00
Valor Recibido: $400.000,00
Cambio: $31.100,00

Observaciones: MARIA ISABEL PEÑA RODRIGUEZ
Cajero: LEIDY KATHERINE CASTIBLANCO GARCIA

Compensar / Sede AV. 1 DE MAYO
Fecha: 2018/10/08 Hora: 18:34 Reg Sac: 4984624
Cajero: C.C. 1024526659 - LEIDY KATHERINE CASTIE
Concepto: ING MI PLANILLA CENTRALIZADOR
Usuario: CC 51942226 MARIA ISABEL PEÑA RODRIG
Valor EF: $368.900
Valor Total: $368.900

FACTURAS PAGADAS
Nro Referencia 416208330501586 Valor $368.900

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
APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS-4921-2018	**C.D.P. No.:**	2423	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - ESPACIO PUBLICO

Nombre del Contratista: MARIA ISABEL PEÑA RODRIGUEZ **C.C.** 51.942.226 **de:** BOGOTÁ

Fecha Inicio: 2018-07-09 **Fecha Terminación inicial:** 2018-08-08 **Valor Mensual:** $ 3.000.000 **Valor a cobrar:** $ 3.000.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.800.000	2807	2018-08-09	2018-09-07
2	$ 11.553.333	2857	2018-09-08	2018-01-03
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 2.053.333	$ 346.500	8328372835
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 346.500	8329031781
3	SEPTIEMBRE	$ 3.000.000	$ 371.000	8329690220
4	OCTUBRE	$ 3.000.000	$ 371.000	30501586 - 8331298986
5	NOVIEMBRE	$ 3.000.000	$ 371.000	30501586 - 8331298986
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2.800.000	$ 17.153.333	$ 13.853.333	$ 3.300.000

2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO GESTOR COMUNITARIO DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-11-01 **Hasta:** 2018-11-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la E.S.E	Se asistio a las actividades de barrios prootores según planeacion estrategicapor el espacio publico
2	2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en elcontrato suscrito con el fondo financiero distrital.	Se resenta informacion y soportes solicicitados con el fin de corroborar las actividades contractuales
3	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	se presento cronograma de actividades del mes diciembre
4	4. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud.	Reealizar verificacion de aplicativo y asistencia tecnicas en el espacio y SDS
5	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	realizar asesorias individuales, actividades ludicas y recorridos por los lineamientos de la SDS
6	6. Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal. C	Entrega oportuna , completa y ordenada de formatos requeridos.
7		
8		
9		
10		

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

Firma del Contratista

C.C. 51.942.226 **de** BOGOTÁ

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	ADRIANA HIGUERA
CARGO:	LIDER DEL ESPACIO PUBLICO
FIRMA	Adriana Higuera

compensar miplanilla.com

PLANILLA INTEGR

FACTURAS PAGADAS
Vrr Referencia 4162083312288986 Valor $26.900

Compensar / Sede AV. 1 DE MAYO
Fe 2018/11/20 Hora: 16:41 Reg Sac: 5056599
Ca UL
C.C. 1012325965 - DIANA MARCELA MEDINA
Concepto: ING MI PLANILLA CENTRALIZADOR
Usuario: CC 51942226 MARIA ISABEL PEÑA RODRIG
Valor EF: $26.900
Valor Total: $26.900

COMPENSAR Y2K
Caja de Compensación Familiar
NIT 860.066.942-7

RECIBO: 5.056.599
Fecha: 2018/11/20 $26.900,00

Beneficiario: 51.942.226
MARIA ISABEL PEÑA RODRIGUEZ

Por la Suma de: VENTISEIS MIL NOVEC
IENTOS PESOS M/C
Concepto: ING MI PLANILLA CENTRALIZADO
R

FORMA DE PAGO
EFECTIVO-EF $26.900,00
Valor Recibido: $26.900,00

Observaciones: MARIA ISABEL PEÑA R
ODRIGUEZ
Cajero: DIANA MARCELA MEDINA CORTES

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	
CC	51942226	MARIA ISABEL PEÑA RODRIGUEZ	CALLE 5 12 25	2410746	mail
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD
UNICA	I – Independiente			BOGOTA D.C.	BOGO

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	10.000	0

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
25-14	Colpensiones	900336004-7	12.800	0	0	0	0	12	200	0	13.000	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	2.000				2.000	12	100	2.100			20	2.100	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	1.600	12	100	1.700	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	10.000	10.100
Pension	1	12.800	13.000
Riesgos Laborales	1	2.000	2.100
CCF	1	1.600	1.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	26.400	26.900

Este documento generado y validado como PREVIAS por parte de Compensar. Operador de información

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): MARIA ISABEL PEÑA RODRIGUEZ
No. Identificación: CC51942226
Dirección: CALLE 5 12 25
Telefono: 2410746
Correo: marisabelp1@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 30501586

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MARIA ISABEL PEÑA RODRIGUEZ
Tipo y número de identificación	CC51942226
Número de planilla	30501586
Fecha pago	2018-10-09
Número de autorización pago	324103
Banco	1083

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	octubre de 2018
Periodo de Cotización Pensión	octubre de 2018
Número de Administradoras	4
Total Pagado	368900
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	27300	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	179200	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	22400	1
EPS008	Compensar EPS	140000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 51942226
APELLIDOS Y NOMBRES: MARIA ISABEL PEÑA RODRIGUEZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	25-14	1120000	1120000	1120000	1120000	140000	0	179200	0	27300	0

Este documento es de uso PRIVADO por parte de Compensar. Uso indebido de información

COMPENSAR Y2K
aja de Compensación Familiar
NIT 860,066,942-7

:CIBO: 4.984.624
cha: 2018/10/08 $368.900,00

---

neficiario: 51.942.226
\RIA ISABEL PEÑA RODRIGUEZ

r la Suma de: TRESCIENTOS SESENTA
OCHO MIL NOVECIENTOS PES
; M/C
ncepto: ING MI PLANILLA CENTRALIZADO

FORMA DE PAGO
ECTIVO-EF $368.900,00
lor Recibido: $400.000,00
mbio: $31.100,00

---

servaciones: MARIA ISABEL PEÑA R
)RIGUEZ
jero: LEIDY KATHERINE CASTIBLANCO GARCIA

---

ompensa r / Sede AV. 1 DE MAYO
echa: 2018/10/08 Hora: 18:34 Reg Sac: 4984624
ajero: C.C. 1024526659 - LEIDY KATHERINE CASTIE
oncepto: ING MI PLANILLA CENTRALIZADOR
suario: CC 51942226 MARIA ISABEL PEÑA RODRIG
alor EF: $368.900
alor Total: $368.900

FACTURAS PAGADAS
o Referencia 416208330501586 Valor $368.900

---

compensar | miplanilla.com

Identificación aportante: 51942226
Fecha liquidación: 08/10/2018 06.33 P.M.
Tipo de planilla: I
Número de planilla: 8330501586
Periodo liquidación: Octubre 2018

Fecha límite de pago (Aplicación)	Valor a pagar
08/11/2018*	$ 368.900

*Pasada esta fecha se generará $ 0 intereses de mora

Información de la planilla

ARL - Cía. de Seguros Bolivar S.A.	$ 27.300
AFP - Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	$ 179.200
CCF - Compensar Caja de Compensacion Fliar	$ 22.400
EPS - Compensar EPS	$ 140.000

Novedades reportadas

Utilice su número de identificación como PIN
Solamente en los siguientes puntos:

Banco de Bogotá
Banco AV Villas
Banco de Occidente

Diligencie el formulario de recaudo únicamente:
- Número de cédula
- Periodo de pago
- Operador de información miplanilla.com

51942226
(Corresponde al numero de identificación)
Periodo Pensión-Salud: 2018 - (10) OCTUBRE

Aplica para empresas que no han pagado el mismo mes de los últimos cuatro (4) periodos de manera asistida y/o no necesite presentar novedades.

PIN para pago en otras entidades Periodo Pensión - Salud: Octubre 2018

8330501586
(Corresponde al numero de planilla)

Puntos de pago el mismo día de generación del PIN: Banco de Bogotá, Banco de Occidente, Puntos Via-Baloto, Metro Junior, Red de Cajeros ATH Almacenes Grupo Exito.
Puntos de pago al día siguiente de generación del PIN: Banco AVVillas y Red Cerca.
Recuerde que si paga sus aportes despues de la hora de cierre de operaciones bancarias (3:00PM), en horario adicional o durante fines de semana o festivos, el pago se verá reflejado al siguiente dia hábil.
Información importante: Con el objetivo de evitar inconsistencias le invitamos a confirmar la información reportada en la planilla antes de realizar el pago, recuerde que una vez pagada cualquier corrección deberá solicitarla directamente con su(s) Administradora(s).

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): MARIA ISABEL PEÑA RODRIGUEZ
No. Identificación: CC51942226
Dirección: CALLE 5 12 25
Telefono: 2410746
Correo: marisabelp1@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 30501586

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MARIA ISABEL PEÑA RODRIGUEZ
Tipo y número de identificación	CC51942226
Número de planilla	30501586
Fecha pago	2018-10-09
Número de autorización pago	324103
Banco	1083

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	octubre de 2018
Periodo de Cotización Pensión	octubre de 2018
Número de Administradoras	4
Total Pagado	368900
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	27300	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	179200	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	22400	1
EPS008	Compensar EPS	140000	1

30501586

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 51942226
APELLIDOS Y NOMBRES: MARIA ISABEL PEÑA RODRIGUEZ

. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	25-14	1120000	1120000	1120000	1120000	140000	0	179200	0	27300	0

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

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	MARIA ISABEL PEÑA RODRIGUEZ	**Nit:**	51942226
Tipo planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones**	Octubre 2018
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	Octubre 2018
Número de radicación:	30501586	**Total a pagar:**	$368,900
Fecha de vencimiento:	08/11/2018	**Total de empleados:**	1
Fecha de pago:	09/10/2018	**Número de administradoras:**	4

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de pago:**	Pago en Cajas
Banco:	1083	**Número de aprobación:**	324103
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Totales

Código	NIT	Administradoras	No. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total pagado
14-7	860002503	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	1		$0.00	$27,300
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	1		$0.00	$179,200
CCF24	860066942	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1		$0.00	$22,400
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0.00	$140,000
						$368,900

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos

»Ver planillas pagadas

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

Exportar reporte a Excel Exportar reporte a PDF

Imprimir transacción

https://www.miplanilla.com/
Todos los derechos reservados © 2018 . Compensar - Cenet S.A.

compensar | miplanilla.com Comfenalco Valle delagente certicámara

Powered by Cenet Edinet

Acerca de los certificados SSL

ISO / IEC 27001 icontec Certificado Nº SI 006-1

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
APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS-4921-2018	**C.D.P. No.:**	2423	**Proceso al que pertenece:**	PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC
				Unidad a la que pertenece:	SALUD PUBLICA - ESPACIO PUBLICO

Nombre del Contratista: MARIA ISABEL PEÑA RODRIGUEZ **C.C.** 51.942.226 **de:** BOGOTÁ

Fecha Inicio: 2018-07-09 **Fecha Terminación inicial:** 2018-08-08 **Valor Mensual:** $ 3.000.000 **Valor a cobrar:** $ 3.000.000

ADICIÓN / OTRO	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.800.000	2807	2018-08-09	2018-09-07
2	$ 11.553.333	2857	2018-09-08	2018-01-03
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 2.053.333	$ 346.500	8328372835
2	AGOSTO	$ 2.800.000	$ 346.500	8329031781
3	SEPTIEMBRE	$ 3.000.000	$ 368.900	8329690220
4	OCTUBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	30501586
5	NOVIEMBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	31298091-8332006852
6	DICIEMBRE	$ 3.000.000	$ 371.300	31886693
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL	VALOR TOTAL DEL	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 2.800.000	$ 17.153.333	$ 16.853.333	$ 300.000

2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO

STAR SERVICIOS COMO GESTOR COMUNITARIO DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el pe **Desde:** 2018-12-01 **Hasta:** 2018-12-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA
1	1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la E.S.E	Se asistio recorridos en la localidad correspondiente.
2	2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el contrato suscrito con el fondo financiero distrital.	Se resenta informacion y soportes solicicitados con el fin de corroborar las actividades contractuales
3	3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.	se presento cronograma de actividades del mes
4	4. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y	Reealizar verificacion de aplicativo y asistencia tecnicas en el espacio y SDS
5	5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.	realizar actividades ludico pedagogicasa poblacion diferencial LGBTI en espacio publico , asesoria individual psicosocial
6	6. Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal. C	Entrega oportuna , completa y ordenada de formatos requeridos según accion integrada2

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

Firma del Contratista

C.C. 51.942.226 **de** BOGOTÁ

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	ADRIANA HIGUERA
CARGO:	LIDER DEL ESPACIO PUBLICO
FIRMA	Adriana Higuera

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): MARIA ISABEL PEÑA RODRIGUEZ
No. Identificación: CC51942226
Dirección: CALLE 5 12 25
Telefono: 2410746
Correo: marisabelp1@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 31886693

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MARIA ISABEL PEÑA RODRIGUEZ
Tipo y número de identificación	CC51942226
Número de planilla	31886693
Fecha pago	2018-12-14
Número de autorización pago	373416
Banco	1083

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	diciembre de 2018
Periodo de Cotización Pensión	diciembre de 2018
Número de Administradoras	4
Total Pagado	395300
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cía. de Seguros Bolivar S.A.	29300	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	192000	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	24000	1
EPS008	Compensar EPS	150000	1

31886693

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 51942226
APELLIDOS Y NOMBRES: MARIA ISABEL PEÑA RODRIGUEZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	25-14	1200000	1200000	1200000	1200000	150000	0	192000	0	29300	0

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

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): MARIA ISABEL PEÑA RODRIGUEZ
No. Identificación: CC51942226
Dirección: CALLE 5 12 25
Telefono: 2410746
Correo: marisabelp1@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 31298091

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MARIA ISABEL PEÑA RODRIGUEZ
Tipo y número de identificación	CC51942226
Número de planilla	31298091
Fecha pago	2018-11-21
Número de autorización pago	353837
Banco	1083

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	noviembre de 2018
Periodo de Cotización Pensión	noviembre de 2018
Número de Administradoras	4
Total Pagado	368900
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	27300	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	179200	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	22400	1
EPS008	Compensar EPS	140000	1

31298091

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 51942226
APELLIDOS Y NOMBRES: MARIA ISABEL PEÑA RODRIGUEZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	25-14	1120000	1120000	1120000	1120000	140000	0	179200	0	27300	0

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

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	MARIA ISABEL PEÑA RODRIGUEZ	**Nit:**	51942226
Tipo planilla:	N	**Periodo liquidación Pensiones**	Noviembre 2018
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	Noviembre 2018
Número de radicación:	8332006852	**Total a pagar:**	$26,900
Fecha de vencimiento:	07/12/2018	**Total de empleados:**	1
Fecha de pago:	20/12/2018	**Número de administradoras:**	4

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de pago:**	Pago en Cajas
Banco:	1023	**Número de aprobación:**	56276824
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Totales

Código	NIT	Administradoras	No. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total pagado
14-7	860002503	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	1		$0.00	$2,100
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	1		$0.00	$13,000
CCF24	860066942	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1		$0.00	$1,700
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0.00	$10,100
						$26,900

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos

»Ver planillas pagadas

Le informamos que el pago de la planilla No. 8332006852, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.

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

Exportar reporte a Excel Exportar reporte a PDF

Imprimir transaccion

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	51942226	MARIA ISABEL PEÑA RODRIGUEZ		CALLE 5 12 25	2410746	marisabelp1@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
31296091	21/11/2018				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2018-11	2018-11	N	20/12/2018	8332006852	$26.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	Nº. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colomb. exterior	Fijo/variable	TDE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CONMUTACIÓN	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	51942226	PEÑA RODRIGUEZ MARIA ISABEL	E9	0			N							X										25-14	1.200.000	192.000	0	0	0	0	EPS008	1.200.000	150.000	14-7	1.200.000	3	29.300	CCF24	1.200.000	24.000	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	51942226	MARIA ISABEL PEÑA RODRIGUEZ		CALLE 6 12 25	2410746	marisabelp1@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
31298091	21/11/2018				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2018-11	2018-11	N	20/12/2018	8332006852	$26.900	

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	10.000	0		0		0	13	100	0	10.100	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	12.800	0	0	0	0	13	200	0	13.000	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	2.000				2.000	13	100	2.100			20	2.100	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	1.600	13	100	1.700	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	10.000	10.100
Pensión	1	12.800	13.000
Riesgos Laborales	1	2.000	2.100
CCF	1	1.600	1.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	26.400	26.900

COPIA 8332006852

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

Constancia por Pérdida de
Documentos



Constancia por Pérdida de Documentos y/o Elementos

La Policía Nacional de Colombia Certifica que el día 21 mes 12 año 2018, a las 9:26 a. m. El(La) señor(a) MARIA ISABEL PEÑA RODRIGUEZ identificado(a) con Cedula de ciudadanía No. 51942226 , reportó el extravío del(los) documento(s) o elemento(s) relacionado(s) a continuación:

Tipo	Número	Descripción
Factura	31298091	RECIBO DE PAGO DE SALUD, PENSIÓN Y ARL CORRESPONDIENTE AL MES DE NOVIEMBRE

La presente constancia se puede verificar en http://webrp.policia.gov.co/Constancia/publico/Buscador_Constancia.aspx , mediante el número de consecutivo 5194222624818897.

La presente certificación no constituye documento de identificación y solamente constituye la certificación del reporte realizado por el usuario. La entidad encargada de expedir el duplicado del documento o elemento reportado como extraviado puede verificar el reporte en cualquier momento.

Imprimir constancia DESCARGAR AHORA

© 2008 - POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA - Todos los Derechos Reservados, Carrera 59No 26-21, CAN, Bogotá D.C.



PAGO DE FACTURAS

PILA BP

NUM APROBACION:56276824
NUM REFERENCIA:000000833200685 2
NUM IDENTIFICACION:51942226
PERIODO: 2018-11
FECHA EFECTIVA:2018-12-20
VALOR: 26.900
JUE20 DIC 18 09:22:52
354-04904046-010
779082-273279-644626-775260-42
CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.EN CASO DE RECLAMO LLAMAR A: A SU OPERADOR.
AGT 17931 CLR 4538225
03154965-087648