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	1012366452	LEIDY PAOLA LOPEZ REYES	CARRERA 78 C # 13 - 69	3108061580	leidy.p.lopez@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-03	I	08/04/2025	85356031	$469.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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
231001	Colfondos	800227940-6	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	28.500	0	0	28.500	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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	1	28.500	28.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	469.000	469.000

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1012366452	LEIDY PAOLA LOPEZ REYES		CARRERA 78 C # 13 - 69	3108061580	leidy.p.lopez@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-03	I	08/04/2025	85356031	$469.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1012366452	LOPEZ REYES LEIDY PAOLA	57	0			N																	231001	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	3	34.700	CCF24	1.423.500	28.500	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

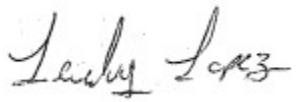
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LEIDY PAOLA LOPEZ REYES

C.C 1.012.366.452 DE BOGOTÁ

La suma de $2.673.441 por concepto de: prestación de servicios de salud como Tecnólogo PQRS de la Oficina de participación comunitaria y servicio al ciudadano, durante el periodo del 01 al 30 de ABRIL del 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 842-2025



LEIDY PAOLA LOPEZ REYES

C.C.1.012.366.452 DE Bogotá

CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA

NUMERO 550488436616087

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
	Fecha de aprobación	2/15/2018	
	Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Leidy Paola Lopez Reyes						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1012366452	
CORREO ELECTRONICO:	leidy.p.lopez@gmail.com				CELULAR:	7778560	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	A USU ATENCION AL USUARIO SEDE ADMINISTRATIVA FONTIBON				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO01O02	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	550488436616087				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	842			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	147	FECHA	2025-01-20 00:00:00.000	NÚMERO DE CRP	15782	FECHA	2025-02-01 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	APOYO TECNOLOGICO I						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-03-01		2025-03-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$2,673,441				
TIPO DE SERVICIOS	Administrativo	RESERVA DE GLOSA 0%		N/A			

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

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$10,693,764
VALOR EJECUTADO	$5,346,882
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,673,441
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$5,346,882
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	50%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
84544913	$1,069,376	$133,672	$171,100	3	$26,050	$330,822

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Marzo de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Rosa Viviana Cubillos Medrano
52879389
Supervisor

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

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

Copia certificada Subred Suroccidente

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

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
1. Realizar apertura de buzones de sugerencias, quejas reclamos y felicitaciones dos veces por semana y recepcionar requerimientos de ciudadanos y/o partes interesadas por los diferentes mecanismos de escucha con los que cuenta la subred sur occidente.	Se realiza recorrido los días martes y jueves de la semana con el fin de dar cumplimiento al procedimiento de PQRS y dando alcance a los tiempos de cada manifestación	se realizo 8 recorridos durante el mes de FEBRERO dos veces por semanas
2. Realizar la ampliación de las manifestaciones y verificar datos del usuario que permitan dar una respuesta oportuna, resolutiva y con calidad	Se informa a la persona pertinente dar una respuesta mas clara para su petición	se realizo 18 ampliación durante el mes de FEBRERO
3. tramitar, diligenciar, clasificar, codificar y ordenar los requerimientos, direccionándolos a los diferentes coordinadores y/o lideres responsables de cada unidad o proceso para su respectivo análisis y proyección de la respuesta.	Se realiza clasificación de las respuestas ya enviadas a los usuarios, las cuales se envían directamente desde la central de PQRS para la unidad fontibón para la respectiva clasificación.	Clasificación de 105 directamente de la central de PQRS así mismo se realiza digfitación de los informes recibidos de cada centro de atención
4. Llevar el respectivo registro de las manifestaciones en los sistemas de información al interior de la entidad (Master – Agil Salud) y en el sistema distrital de quejas y soluciones.	Se realiza el registro de manifestaciones en el aplicativo de ORFEO y en el BOGOTA TE ESCUCHA	Se realiza 105 seguimientos de las diferentes solicitudes
5. Realizar seguimiento a las respuestas de las manifestaciones garantizando que se den de acuerdo con los tiempos establecidos por la normatividad vigente.	Se realiza envío a través de correspondencia a los lideres de los procesos para las respectivas respuestas, cuempliendo los tiempos establecidos por la ley y por la subred.	se realiza entrega de 105 manifestaciones a través de correspondencia a los lideres de los procesos para las respectivas respuestas
6. Transcribir y elaborar las respuestas a los peticionarios mediante los formatos establecidos identificando que cumplan con los criterios de calidad (claridad, coherencia, oportunidad y pertinencia).	Se realiza apoyo en la líder de la unidad para la realización efectiva de las respuestas de PQRS cuando los lideres de los demás procesos no dan cumplimiento a los tiempos	Se dan respuesta a 105 peticiones con su respectiva respuesta
7. Organización y publicación de los documentos en relación con el proceso y de acuerdo con los lineamientos establecidos y la depuración del archivo de mediante las tablas de retención documental.	Se realizó depuración de archivo de acuerdo con las tablas de gestión documental.	Se Organizó documentos del área de acuerdo a las normas establecidas.
8. Participar activa y proactivamente en todas las actividades programadas por la institución que apunten al mejoramiento continuo de la entidad.	Participar activa y pro activamente en todas las actividades programadas por la institución en el proceso de acreditación que apuntan al mejoramiento continuo de la Entidad	Se Aplico todas las actividades del área, correspondientes al proceso de acreditación
9. Realizar el debido cargue de los soportes de la ejecución del contrato en la plataforma SECOP II.	realizar la respectiva verificacion y carge del contrato en la plataforma	Frecuentemente
10. Todas las demás actividades que sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato	Todas las demás actividades que sean asignadas por el supervisor del contrato y sean a fines al desarrollo del objeto del contrato	Se dio cumplimiento a todas las actividades asignadas por el jefe inmediato

Copia Certificada
Subred Sur Occidente

Rosa Viviana Cubillos Medrano
52879389
Supervisor

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

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