

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	
2025-04	2025-04	I	12/05/2025	85974859	\$470.700	

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	178.000	0		0		0	5	600	0	178.600	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	5	200	34.900			347	34.900	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	5	0	0	0
ICBF				
0	5	0	0	0
ESAP				
MEN				

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1019138418	MICHAEL DARIO TORRES HIDALGO		CRA88 D 8 C 21 CS 119	8117178	mitorreshi@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-04	2025-04	I	12/05/2025	85974859	\$470.700

DETALLE POR COTIZANTE																																									
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	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	1019138418	TORRES HIDALGO MICHAEL DARIO	59	0			N																			EPS017	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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1019138418	MICHAEL DARIO TORRES HIDALGO		CRA88 D 8 C 21 CS 119	8117178	mitorreshi@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
85974859	12/05/2025				EMPLEADOS
					UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				10
2025-04	2025-04	N		86851936	TOTAL A PAGAR
					\$24.900

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	9.200	0		0		0	19	200	0	9.400	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	11.800	0	0	0	0	19	200	0	12.000	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	1.800				1.800	19	100	1.900			18	1.900	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	1.500	19	100	1.600	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	19	0	0	0
ICBF				
0	19	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	9.200	9.400
Pensión	1	11.800	12.000
Riesgos Laborales	1	1.800	1.900
CCF	1	1.500	1.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	24.300	24.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1019138418	MICHAEL DARIO TORRES HIDALGO		CRA88 D 8 C 21 CS 119	8117178	mitorreshi@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						
NO						

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2025-04	2025-04	N		86851936	\$24.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES																	PENSIÓN			SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES												
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Extranjero	Cotom. exterior	Extraterritorial	ING	RET	TDE	TAE	TIP	TAP	Vap	SENA	IGSE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	1019138418	TORRES HIDALGO MICHAEL DARIO	59	0			N																230201	1.497.367	239.600	0	0	0	0	EPS017	1.497.367	187.200	14-11	1.497.367	3	36.500	CCF24	1.497.367	30.000	0	0	0	0	0

Identificación aportante: 1019138418

Fecha liquidación: 26/06/2025 17:06:42

Tipo de planilla:

N - Corrección

Número de planilla: 8386851936

Periodo liquidación: Abril de 2025

Fecha límite de pago
(DD/MM/AAAA)

Valor a pagar

07/05/2025*

24900.00

*Pasada esta fecha se generaran intereses de mora

Fechas de pago con intereses

27/05/2025	\$ 24.900
28/05/2025	\$ 24.900
29/05/2025	\$ 24.900
30/05/2025	\$ 24.900
03/06/2025	\$ 25.000
04/06/2025	\$ 25.000

Número de pago en otras
entidades

Periodo Pensión - Salud: Abril de
2025

8386851936

(Corresponde al número de planilla)

Puntos de pago el mismo día de generación de la planilla: Punto 4-72, Punto Red, Punto de Pago, Sedes Compensar (Autopista Sur, Av. Primera de Mayo Kennedy, Calle 26, Avenida 68, Calle 42 y Suba), Banco de Bogotá, Banco de Occidente, Red de Calles AFH, Almacenes Grupo Éxito.

Puntos de pago al día siguiente de generación de su planilla: Banco AV Villas y Red Cerasa.

Si paga la planilla después de la hora de cierre de las operaciones bancarias (3:00 p.m.) en horario adicional, durante los fines de semana o festivos, el pago se verá reflejado el 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 pagado cualquier corrección deberá solicitarse directamente con su(s) Administrador(s). Conozca las redes de pago para pago presencial a través de las cuales podrá realizar el pago de su planilla dando clic aquí.

COMPENSAR

NIT 860066942-7

RECAUDO MIPLANILLA

FECHA Y HORA TRANSACCIÓN: 2025/05/26 - 05:08 p.m.

DOCUMENTO: CC 1019138418

NOMBRE USUARIO:

MICHAEL DARIO TORRES HIDALGO

MODULO: CSDEMAQ13

ID PAGO: 45261485

NO PLANILLA: 8386851936

PERIODO DE PAGO: abril

VALOR PAGADO: \$ 24900

					Versión 3			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA					Fecha de aprobación 2/15/2018			
					Código: 04-02-FO-0002			
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA								
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			Michael Darío Torres Hidalgo					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		1019138418
CORREO ELECTRONICO:			mitorreshi@gmail.com			CELULAR:		6018117178
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			PIC VIGILANCIA DE LA SALUD AMBIENTAL			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	FO09K31	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			22308145739				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		9366			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	962	FECHA	2025-04-14 13:42:47.000	NÚMERO DE CRP	20628	FECHA	2025-04-25 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:		TECNOLOGO EN SANEAMIENTO AMBIENTAL						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2025-04-01			2025-04-30	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$2,614,128				
TIPO DE SERVICIOS		PIC		RESERVA DE GLOSA 0%			N/A	
OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.								
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO								
CONCEPTO						VALORES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:						\$19,015,755		
VALOR EJECUTADO						\$11,585,803		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$2,614,128		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$7,429,952		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						61%		
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	
85011154	\$1,045,651	\$130,706		\$167,304	3	\$25,472	\$323,483	
Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente. MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ 52744682 Supervisor								
Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.								
Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.. Copyright © 2021								

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil de gestor, bachiller, técnico y/o tecnólogo, profesional, profesional especializado, conforme a lo establecido por los lineamientos distritales del Modelo de salud MAS Bienestar en el marco de las acciones del plan de intervenciones colectivas PSPIC, en concordancia a estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos en los documentos anexos del convenio, procesos, guías institucionales y nacionales vigentes	NO APLICA	NO APLICA
Participar activamente en las jornadas programadas tanto por la SDS como por la Subred o las contempladas en el convenio asignado	Apoyo al la Línea de Enfermedades Transmisibles de Origen Zoonótico ETOZ con la Vacunación Antirrábica, de acuerdo a la distribución por parte de la Líder de la Línea	Se entrega de Productos con la líder de la línea con planillas de Vacunación Canina y Felina
Desarrollar acciones de control social, demanda inducida, información, sensibilización, educación, canalización, atención, seguimiento, notificación de eventos de interés en salud pública y notificación de alertas a la población identificada.	NO APLICA	NO APLICA
Prestar los servicios contratados desde los ejes de humanización y seguridad del paciente, de acuerdo con las guías y protocolos institucionales vigentes	NO APLICA	NO APLICA
Participar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reinducción, programadas por la secretaria Distrital de Salud o por la Subred	Se asiste a Reunión de línea ETOZ - y Vacunación	Firma Acta de Asistencia
Fortalecer los grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud.	NO APLICA	NO APLICA
. Realizar entrega de productos, informes requeridos, bases de datos, aplicativos de la Subred o de la SDS, entre otros, o realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las observaciones de calidad dada por el supervisor del contrato y/o líder del proceso, cumpliendo los principios de veracidad, oportunidad, calidad según dinámica y/o programación de cada una de las líneas de intervención	Apoyo al la Línea de Enfermedades Transmisibles de Origen Zoonótico ETOZ con la Vacunación Antirrábica, de acuerdo a la distribución por parte de la Líder de la Línea	Se entrega de Productos con la líder de la línea con planillas de Vacunación Canina y Felina
Alistar los soportes y presentar auditorías programadas tanto de la Subred, la SDS o por entes de control	Apoyo al la Línea de Enfermedades Transmisibles de Origen Zoonótico ETOZ con la Vacunación Antirrábica, de acuerdo a la distribución por parte de la Líder de la Línea	Se entrega de Productos con la líder de la línea con planillas de Vacunación Canina y Felina
Elaborar y presentar cronograma mensual de actividades e informes de gestión y/o desarrollo del proceso según programación y velar por el cumplimiento de estos	Apoyo al la Línea de Enfermedades Transmisibles de Origen Zoonótico ETOZ con la Vacunación Antirrábica, de acuerdo a la distribución por parte de la Líder de la Línea	Se hace envío del cronograma de actividades de vacunación al correo destinado para tal fin
Atender las diferentes solicitudes asignadas y dar respuesta de manera oportuna a las mismas	Se atiende y da respuesta oportuna a peticiones, solicitudes o quejas presentadas por la comunidad.	Firma en Acta
Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos, respondiendo a la disponibilidad según programación y necesidad del servicio	Informar eventualidades con el fin de garantizar los objetivos corporativos	Firma en Acta
Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales	Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales	Firma en Acta
Portar los elementos de identificación institucional de manera adecuada y permanente en la ejecución de las acciones, así como el uso eficiente de los insumos para el desarrollo de la actividad	Hacer uso y porte adecuado de elementos de identificación e insumos para el desarrollo de la actividad	Firma en Acta
Cuidar y dar buen uso los equipos y/o elementos asignados en el contrato para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio	Conocer, promover y aplicar las Políticas institucionales que garanticen el buen uso de los recursos de la Subred.	Firma en Acta
Cumplir con la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio	Se entrega soportes físicos al líder para archivo ordenado y fácil verificación	Planillas de vacunación
Participar activamente en procesos y metodologías de atención ante un evento prioritario de Salud Pública o alertas epidemiológicas que se presente de manera crítica en la Subred, según se requiera	Se realiza acompañamiento en procesos y metodologías ante un evento de Salud Pública según se requiera	Firma en acta

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ
52744682
Supervisor

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

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

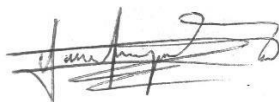
Copia Certificada
Subred Suroccidente

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBREDINTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE
NIT:900.959.048-4

DEBE A:

MICHAEL DARIO TORRES HIDALGO
C.C 1.019.138.418 DE BOGOTA

La suma de dos millones seiscientos catorce mil ciento veintiocho pesos (\$2.614.128), por concepto de servicios como Tecnólogo en Saneamiento Ambiental en el entorno Vigilancia de la Salud Ambiental, durante el periodo de 01 al 30 de abril de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 9366-2024



MICHAEL DARIO TORRES HIDALGO
C.C 1.019.138.418 DE BOGOTA
CUENTA DE AHORROS BANCOBANCOLOMBIA
NUMERO 22308145739

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al 01 al 30 de abril y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión



DANIEL CASTILLO CAICEDO
Apoyo a la supervisión
Componente Vigilancia Salud Ambiental