| | | |
|---|---|---|
| | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-077**<br>**VERSIÓN: 2**<br>**FECHA: 2025-06-09** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | |
| **CLAUDIA LILIANA LOPEZ DIAZ** | | | |
| | **CON CC: Nº** | 37,713,845 | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO NUTRICIONISTA ESPECIALIZADO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | PS 4043 2025 | **FECHA INICIO CONTRATO** | 01/01/2025 |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 35,059,728 | **No. HORAS EJECUTADAS** | 184 |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 48,289,221 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 6,032,072 |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | 7 MESES 30 DIAS | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | GSP PSPIC - VSP<br>6BH CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | MARIA CRISTINA DUARTE GARZON<br>PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 29 | | |

| ITEM | II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO<br>(Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes) |
|---|---|
| 1 | 1. OBLIGACIÓN: 1. Prestar sus servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: *SeguimienTo y acompañamiento a las diferentes actividades correspondientes a la ficha tecnica de SISVAN para el convenio 4176 2024<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\Sivigila2025$\250_46_8_SISVAN |
| 2 | 1. OBLIGACIÓN: 2. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: * Se realiza ajuste al cronograma de las actividades ejecutadas durante el periodo del 1 de agosto al 31 de agosto y proyectado Septiembre 2025□<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): https://subredcentrooriente-my.sharepoint.com/:x:/r/personal/givspcentrooriente_subredcentrooriente_gov_co/_layouts/15/Doc.aspx?sourcedoc=%7BBF78976C-C620-4F00-89EF-FCCB228D8998%7D&file=CRONO_AGOSTO_2025_ACTUALIZADO.xlsm&action=default&mobileredirect=true |
| 3 | 1. OBLIGACIÓN: 3. Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes que se solicite conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: * Informe de gestión 5to día habil mes.<br>* Envío bases de datos nivel central: Notificación 3er lunes del mes. -<br>* Caracterización 3er jueves del mes, base de seguimientos envio 1 y 3 viernes del mes.<br>* Envío seguimiento a nivel central del proyecto de inversión 7828 mensualmente.<br>* Depuración semanal de bases SIVIGILA 113 y 591-1<br>* Procesamiento de bases de datos menores y gestantes quincenalmente.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\Sivigila2025$\250_46_8_SISVAN |
| 4 | 1. OBLIGACIÓN: 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.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: * Depuración semanal y mensual de las bases de informaicón de notificación de los grupos poblacionales de interes para SISVAN.<br>* Seguimiento a la notificación de los eventos SIVIGILA EISP 113 - 591-1<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Drive SISVAN distratal https://docs.google.com/spreadsheets/d/101ogkqhTZDZbiMFe41-jVgbinK3h9XeU/edit?gid=118117063#gid=118117063□ |
| 5 | 1. OBLIGACIÓN: 5. Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad de datos (integridad, oportunidad, consistencias, exactitud) desde su perfil profesional y conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre el FDS y la Subred.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: * Realización de preauditorias del equipo SISVAN, donde se revisa calidad, integralidad y oportunidad de los productos realizados por cada una de las profesionales que ejecutaron actividades en el subsistema<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Se encuentran en medio fisico entregadas a el apoyo de coordinacion VSP su diligenciamiento desde el drive: https://subredcentrooriente-my.sharepoint.com/shared?CT=1736805524334&OR=OWA%2DNT%2DMail&CID=623a5544%2D976c%2D8924%2D527a%2Dc9f650dc698c&id=%2Fpersonal%2Fgivspcentrooriente%5Fsubredcentrooriente%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2FVIGILANCIA%20EN%20SALUD%20PUBLICA%2F1%2ECRONO%5FPREA%2FVSP%5F2024%5FCRON%5FPREAU&listurl=%2Fpersonal%2Fgivspcentrooriente%5Fsubredcentrooriente%5Fgov%5Fco%2FDocuments |
| 6 | 1. OBLIGACIÓN: 6. Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza revisión frecuente de los lineamientos tecnicos y demas anexos del convenio en ejecución, con el fin de dar claridad frente a los productos que deben realizar y entregar las profesionales y especializadas del equipo.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\Sivigila2025$\250_46_8_LINEAMIENTOS |

| | |
|---|---|
| **7** | 1. OBLIGACIÓN: 7. Desarrollar procesos de asistencia técnica desde los diferentes procesos del Plan de Intervenciones Colectivas conforme a su saber disciplinar y profesional, en función de los requerimientos de los entornos y procesos transversales.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza asistencia tecnica según los requerimientos que realicen los entornos y procesos transversales, frente a los temas que involucran la vigilancia alimentaria y nutricional.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Se realiza según solicitud de los entornos y procesos transversales, para este mes no se ejecuto esta actividad. |
| **8** | 1. OBLIGACIÓN: 8. Diligenciar el 100% de la información en los tableros de control, indicadores y matrices que se generen y se soliciten en el proceso asignado.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se diligencia el drive herramienta desde SDS en donde se diligencian los indicadores nutricionales requeridos.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): https://outlook.office.com/mail/inbox/id/AAQkAGU1NmIzZjlhLWJkODUtNDUwYi04MmM0LTRkZGE1M2I2NTllNwAQAKl8l3gDzLJFhvD3bDwhVq4%3D |
| **9** | 1. OBLIGACIÓN: 9. Responder por la planeación, implementación y seguimiento al plan de trabajo del equipo de la línea de intervención, subsistema y/o estrategia del proceso transversal o entorno asignado.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: * Revisión de preauditorias del equipo SISVAN, donde se revisa calidad, integralidad y oportunidad de los productos realizados por cada una de las profesionales que forman parte del subsistema<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Se encuentran en medio fisico entregadas a el apoyo de coordinacion VSP su diligenciamiento desde el drive: https://subredcentrooriente-my.sharepoint.com/shared?CT=1736805524334&OR=OWA%2DNT%2DMail&CID=623a5544%2D976c%2D8924%2D527a%2Dc9f650dc698c&id=%2Fpersonal%2Fgivspcentrooriente%5Fsubredcentrooriente%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2FVIGILANCIA%20EN%20SALUD%20PUBLICA%2F1%2ECRONO%5FPREA%2FVSP%5F2024%5FCRON%5FPREAU&listurl=%2Fpersonal%2Fgivspcentrooriente%5Fsubredcentrooriente%5Fgov%5Fco%2FDocuments |
| **10** | 1. OBLIGACIÓN: 10. Dar cumplimiento a las actividades de los procesos TRANSVERSALES del PSPIC, de acuerdo a su competencia: CANALIZACIONES, PAI, Educación para la Salud Publica, GESI, ACCVSyE, Notificación de EISP y Participación Social.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Desde SISVAN se realizan actividades que dan respuesta a los lineamientos tecnicos y operativos de la SDS para el convenio en ejecucion 4176 2025, se asistio a fortalecimiento de PAI<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\Sivigila2025 |
| **11** | 1. OBLIGACIÓN: 11. Orientar técnica y operativamente las actividades que adelante el equipo de la línea de intervención, subsistema, proyecto y/o estrategia del proceso transversal o entorno asignado, de acuerdo a su perfil profesional para el cumplimiento de los productos, actividades y/o metas establecidos en los lineamientos técnicos del convenio Interadministrativo PSPIC.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Desde el quehacer como lider operativa, se orientan y adelantan productos que dan respuesta a lo indicado en los lineamientos tecnicos del convenio interadministrativo PSPIC<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\Sivigila2025 |
| **12** | 1. OBLIGACIÓN: 12. Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Desde vigilancia como ente rector se realiza revisión y pre critica a la información notificada desde las UPGD en los eventos de interes en salud publica para SISVAN.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): https://saludcapitalgovco-my.sharepoint.com/:x:/r/personal/sisvandistrital_saludcapital_gov_co/_layouts/15/Doc.aspx?sourcedoc=%7B6F65904E-9B2D-437D-B76A-721A30C19B44%7D&file=8.%20tabl_con_tecnicos_AJUSTADO.xlsx&action=default&mobileredirect=true |
| **13** | 1. OBLIGACIÓN: 13. Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: De manera mensual se realiza apoyo a la gestión documental del area de VSP - SISVAN.□<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): FUID |
| **14** | 1. OBLIGACIÓN: 14. El contratista se obliga a que las glosas que se generen por incumplimiento de las obligaciones contractuales y de acuerdo a los hallazgos que identifique el equipo de seguimiento y/o interventoría del FFDS_SDS al Convenio Interadministrativo PSPIC (conforme al anexo de CRITERIOS DE GLOSA), serán causal de inicio de apertura de procedimiento administrativo sancionatorio de incumplimiento contractual.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Para el ultimo periodo auditado no se presentaron glosas durante el proceso de auditoria<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\Sivigila2025//AUDITORIA |
| **15** | 1. OBLIGACIÓN: 15. Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Apoyar las demas actividades requeridad por la coordinación de Vigilancia Epidemiologica.□<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Las actividades que requiera la coordinacion de VSP, soportadas en las actas y demas documentos donde se participa.□ |

## III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

***SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.***

| ITEM | CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS | SI | NO |
|---|---|---|---|
| 1 | ¿El contrato se encuentra debidamente legalizado? | X | |
| 2 | ¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades? | X | |
| 3 | ¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP? | X | |
| 4 | ¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002? | X | |
| 5 | ¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro? | X | |

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago, CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del 01/08/2025 al 31/08/2025

## IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | 88223634 | **OPERADOR:** | MI PLANILLA |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| **SALUD:** | SANITAS | 15/08/2025 | $ 301,700 |
| **PENSIÓN:** | COLPENSIONES | 15/08/2025 | $ 386,100 |
| **RIESGOS LABORALES:** | POSITIVA | 15/08/2025 | $ 58,800 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **OTRO** | CCF COMPENSAR | 15/08/2025 | $ | 48,300 |
| | **TOTAL PAGADO** | | **$** | **794,900** |

**V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA**

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el IBC se calculó sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a EPS, ARL, Pensión, RUT)
3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo SECOP de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

**VI. ANEXOS**

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotograficasy/o documentales que soporten las acividades realizadas en el periodo correspondiente

| | |
|---|---|
| **NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA** | **CLAUDIA LILIANA LOPEZ DIAZ**<br>**CC: 37713845** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:** | **MARIA CRISTINA DUARTE GARZON**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |

| | | |
|---|---|---|
| | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-014**<br>**VERSIÓN: 7**<br>**FECHA: 2025-06-09** |

| **DATOS DEL CONTRATISTA** | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/08/2025** | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | CLAUDIA LILIANA LOPEZ DIAZ | **CC:** | 37,713,845 |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | claudina178@gmail.com | **TELÉFONO:** | 3115433628 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | KR 11 A 30 D 3 SUR | **CIUDAD:** | BOGOTÁ |

| **Manifiesto bajo la gravedad del juramento** | |
|---|---|
| **NO** tomaré costos y deducciones | ( X ) |
| **SI** tomaré costos y deducciones | ( ) |

La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.

| | | |
|---|---|---|
| **Régimen Simple De Tributación:** RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación. | SI ( ) | NO ( X ) |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | BANCO DAVIVIENDA | **TIPO DE CUENTA:** | AHORROS | **Nº CUENTA:** | 8400713684 |

| **DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | |
|---|---|---|---|
| **Nº DEL CONTRATO:** | PS 4043 2025 | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | $ 6,032,072 |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | 01/01/2025 | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | 31/08/2025 |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | 1/08/2025 AL 31/08/2025 | | |

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CLAUDIA LILIANA LOPEZ DIAZ**
**CC: 37,713,845**
**CEL: 3115433628**

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 | 37713845 | CLAUDIA LILIANA LOPEZ DIAZ | KR 11A 30D 03 SUR PISO 2 | 6017964166 | claudina178@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 | |
| 2025-07 | 2025-07 | I | 15/08/2025 | 88223634 | $796.000 | |

## 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 | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 301.700 | 0 | | 0 | | 0 | 2 | 400 | 0 | 302.100 | 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 | 386.100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 500 | 0 | 386.600 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-23 | Positiva Seguros | 860011153-6 | 58.800 | | | | 58.800 | 2 | 100 | 58.900 | | | 588 | 58.900 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 48.300 | 2 | 100 | 48.400 | 1 |

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 2 | 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 | 301.700 | 302.100 |
| Pensión | 1 | 386.100 | 386.600 |
| Riesgos Laborales | 1 | 58.800 | 58.900 |
| CCF | 1 | 48.300 | 48.400 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 4 | 794.900 | 796.000 |

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 | 37713845 | CLAUDIA LILIANA LOPEZ DIAZ | KR 11A 30D 03 SUR PISO 2 | 6017964166 | claudina178@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: 1 / UPC: 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR |
| 2025-07 | 2025-07 | I | 15/08/2025 | 88223634 | $796.000 |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Cotiza. exterior | Residente | IGE | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | INL | 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 | 37713845 | LOPEZ DIAZ CLAUDIA LILIANA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 2.413.000 | 386.100 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 2.413.000 | 301.700 | 14-23 | 2.413.000 | 3 | 58.800 | CCF24 | 2.413.000 | 48.300 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

DAVIVIENDA

## Pago PSE

# Resultado de su transacción

**Código único CUS**
1702055895

**Destino de pago**
COMPENSAR-OI

**Motivo**
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

**Fecha**
14/08/2025

**Número de aprobación**
00055895

**Dirección IP**
179.33.160.2

**Valor transacción**
$ 796.000,00

**Costo de la transacción**
$ 0,00 IVA incluido

| Referencia 1 | Referencia 2 | Referencia 3 |
|---|---|---|
| | CC | 37713845 |

Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017.