| | | |
|---|---|---|
| | **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** | |
| **MARIA VERONICA BOHORQUEZ SANCHEZ** | |
| **CON CC: Nº** | 1,032,482,198 |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN PSICOLOGIA 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 4099 2025 | | **FECHA INICIO CONTRATO** | 01/01/2025 | |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 27,678,384 | **No. HORAS EJECUTADAS** | 192 | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 44,799,783 | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 4,969,152 | |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | 8 MESES 29 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: 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: Alistamiento y caracterización de la Investigacion Epidemiologicas de Campo, activación de rutas, reporte y gestión de iec efectivas, fallidas y descartadas, diligenciamiento de formatos, ajustes en el aplicativo con técnico del subsistema, participación en reuniones de fortalecimiento técnico.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Archivos en carpeta de servidor en ruta: \\172.26.33.40\Sivigila2025$\250_46_8_SALUD_MENTAL\2.GESTION_INFORMATICA\12.IEC_FALLIDAS\SISVECOS\9.SEPTIEMBRE |
| 2 | 1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se proyecta cronograma mensual y se ajusta diariamente según las actividades logradas y/o cumplidas.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Se realiza entrega a la lider del proceso el cual reposara en el fuid respectivo de cada mes y los soportes en medio magnético se encuentran almacenados en el servidor en las carpetas de cronogramas. https://subredcentrooriente-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/givspcentrooriente_subredcentrooriente_gov_co/EqmC-iRWOYFNrlFUhl6eVKMBg8ZKOl2mQAwXPu0oFu-evg?e=peLxrw |
| 3 | 1. OBLIGACIÓN: Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes que se solicite nforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se presentan soportes de Investigaciones Epidemiológicas de Campo acordes a la asignacion realizada en las localidades correspondientes a la SubRed Integrada de servicios en salud Centro Oriente, Localidades Rafael Uribe Uribe, Los Martires, Candelaria, Santa Fe, Antono Nariño, San Cristobal.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Archivos en carpeta de servidor en ruta: \\172.26.33.40\Sivigila2025$\250.46.3IEC\3.SISVECOS |
| 4 | 1. OBLIGACIÓN: 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: Recepción de fichas de notificación de vigilancia en salud publica- salud mental, seguimientos telefónicos, búsqueda y verificación de datos, seguimiento presencial, aplicación de instrumentos, activación de rutas institucionales o intersectoriales, elaboración de informes, organización de carpetas, cierre de casos, reporte de ajustes en aplicativo con técnico del subsistema y participación en las reuniones de fortalecimiento técnico.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Archivos en carpeta de servidor en ruta: \\172.26.33.40\Sivigila2025$\250.46.3IEC\3.SISVECOS |
| 5 | 1. OBLIGACIÓN: Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad de datos (integridad, oportunidad, consistencias, exactitud) desde su perfil profesional y experiencia en programas y planes de salud pública conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio Interadministrativo PSPIC.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Dar cumplimiento a las metas, actividades y productos asignados en el marco del convenio Interadministrativo PSPIC. Se realiza planeación y preparación del trabajo para las investigaciones de campo en salud mental, asi como la aplicacion de instrumentos de evalucion (Apgar, escalas de riesgo, Carlos Craff y Auditt) ademas de verificacion de datos, historias clincas, diagnosticos medicos.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Archivos en carpeta de servidor en ruta: \\172.26.33.40\Sivigila2025$\250.46.3IEC\3.SISVECOS |

| | |
|---|---|
| 6 | 1. OBLIGACIÓN: 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 lleva a cabo la lectura y apropiación de los lineamientos en vigilancia en salud Publica - Salud Mental, así como la participación en reuniones de equipo que refuerzan la comprensión conceptual del lineamiento técnico.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Archivos en carpeta de servidor en ruta: \\172.26.33.40\Sivigila2025$\250.46.3IEC\3.SISVECOS |
| 7 | 1. OBLIGACIÓN: Desarrollar procesos de asistencia técnica desde los diferentes procesos del Plan de Intervenciones Colectivas conforme a su saber disciplinar y profesional, en función de los requerimientos de los entornos y procesos transversales.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Búsqueda de los eventos prioritarios en salud mental, notificados al SIVIGILA.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Archivos en carpeta de servidor en ruta: \\172.26.33.40\Sivigila2025$\250.46.3IEC\3.SISVECOS |
| 8 | 1. OBLIGACIÓN: Realizar las intervenciones epidemiológicas de campo, y demás actividades requeridas en los lineamientos técnicos del convenio Interadministrativo PSPIC.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza entrega de obligaciones y soportes de las investigaciones de campo, segun la asignacion realizada en las localidades correspondientes a la SubRed Integrada de servicios en salud Centro Oriente, Localidades Rafael Uribe Uribe, Los Martires, Candelaria, Santa Fe, Antono Nariño, San Cristobal.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Archivos en carpeta de servidor en ruta: \\172.26.33.40\Sivigila2025$\250.46.3IEC\3.SISVECOS |
| 9 | 1. OBLIGACIÓN: Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza envio de informe a las entidades pertinentes en los casos que se evidencia la necesidad dentro de los eventos de interes en salud mental.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Archivos en carpeta de servidor en ruta: \\172.26.33.40\Sivigila2025$\250.46.3IEC\3.SISVECOS |
| 10 | 1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Soportes en el aplicativo Sivigila DC y/o carpetas destinados para este proceso encontradas en el servidor que se encuentra en la USS Bello Horizonte - Area de Epidemiologia.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Archivos en carpeta de servidor en ruta: \\172.26.33.40\Sivigila2025$\250.46.3IEC\3.SISVECOS |
| 11 | 1. OBLIGACIÓN: Dar cumplimiento a las actividades de los procesos TRANSVERSALES del PSPIC, de acuerdo a su competencia: CANALIZACIONES, PAI, Educación para la Salud Publica, GESI, ACCVSyE, Notificación de EISP y Participación Social.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se asiste a la reunion de area de vigilancia en salud publica, a la reunion de salud mental: socializacion de glosas y novedades para la nueva vigencia, ademas se asiste a la charla con el secretario distrital Gerson Bermont.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Archivos en carpeta de servidor en ruta: \\172.26.33.40\Sivigila2025$\250.46.3IEC\3.SISVECOS |
| 12 | 1. OBLIGACIÓN: 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: Se realiza revisión de las Investigaciones Epidemiologicas de Campo efectivas facturadas en Vigilancia en Salud Publica - Salud Mental. Se efectuan las modificaciones identificadas por los referentes de salud mental, cumplimiento en envios de productos segun tiempos estipulados.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Archivos en carpeta de servidor en ruta: \\172.26.33.40\sivigila2025$\250_46_8_SALUD_MENTAL |
| 13 | 1. OBLIGACIÓN: Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizan entrega de obligaciones adicionales como formatos de cuentas de cobro, preauditoria e informe de actividades que dan cuenta de los productos de Vigilancia en Salud Publica.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Archivos en carpeta de servidor en ruta: \\172.26.33.40\Sivigila2025$\250.46.3IEC\3.SISVECOS |

## 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 01/09/2025 al 30/09/2025

| IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | 89724949 | **OPERADOR:** | MI PLANILLA |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | FAMISANAR | 11/09/2025 | $ 240,700 |
| PENSIÓN: | COLPENSIONES | 11/09/2025 | $ 308,100 |
| RIESGOS LABORALES: | POSITIVA | 11/09/2025 | $ 47,000 |
| OTRO | CCF COLSUBSIDIO | 11/09/2025 | $ 38,600 |
| | TOTAL PAGADO | | **$ 634,400** |

**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** | VERÓNICA B<br>**MARIA VERONICA BOHORQUEZ SANCHEZ**<br>**CC: 1032482198** |
| **FIRMA DE QUIEN VALIDA** | **ANA MILENA ORREGO VEGA**<br>**SUPERVISOR ALTERNO** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:** | **MARIA CRISTINA DUARTE GARZON**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |

| | | |
|---|---|---|
| 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**<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: 30/09/2025**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | MARIA VERONICA BOHORQUEZ SANCHEZ | **CC:** | 1,032,482,198 |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | mvbohorquez86@ucatolica.edu.co | **TELÉFONO:** | 3183778651 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | KR 11 ESTE 36 C 27 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 DE BOGOTÁ | **TIPO DE CUENTA:** | AHORROS | **N° CUENTA:** | 019576776 |

**DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **N° DEL CONTRATO:** | PS 4099 2025 | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | $ 4,969,152 |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | 01/01/2025 | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | 30/09/2025 |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | 1/09/2025 AL 30/09/2025 | | |

VERÓNICA B.

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MARIA VERONICA BOHORQUEZ SANCHEZ**
**CC: 1,032,482,198**
**CEL: 3183778651**

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 | 1032482198 | MARIA VERONICA BOHORQUEZ SANCHEZ | | KR 11 ESTE 36C 27 SUR | 5692433 | VEROBOHORQUEZSANCHEZ @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 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | 1 | 0 |
| | | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-08 | 2025-08 | I | 11/09/2025 | 89724949 | $634.400 | |

## 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 | | | | | |
| EPS017 | Famisanar EPS | 830003564-7 | 240.700 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 240.700 | 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 | 308.100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 308.100 | 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 | 47.000 | | | | 47.000 | 0 | 0 | 47.000 | | | 470 | 47.000 | 1 |

| TOTALES CAJAS | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| CCF22 | Colsubsidio | 860007336-1 | 38.600 | 0 | 0 | 38.600 | 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 | 240.700 | 240.700 |
| Pensión | 1 | 308.100 | 308.100 |
| Riesgos Laborales | 1 | 47.000 | 47.000 |
| CCF | 1 | 38.600 | 38.600 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 4 | 634.400 | 634.400 |

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 | 1032482198 | MARIA VERONICA BOHORQUEZ SANCHEZ | KR 11 ESTE 36C 27 SUR | 5692433 | VEROBOHORQUEZSANCHEZ@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 |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-08 | 2025-08 | I | 11/09/2025 | 89724949 | $634.400 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Beneficio | Extranjero | Colom. exterior | Exonerado | 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 | 1032482198 | BOHORQUEZ SANCHEZ MARIA VERONICA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 1.925.546 | 308.100 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS017 | 1.925.546 | 240.700 | 14-23 | 1.925.546 | 3 | 47.000 | CCF22 | 1.925.546 | 38.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

Banco de Bogotá

Comprobante de compra y pagos virtuales PSE

# Pago exitoso

Número de autorización 505202

Jueves, 11 de septiembre de 2025, 9:35:11 a. m.

## Detalle

**$634.400**

Valor Pagado

| | |
|---|---|
| IVA incluído: | $0 |
| Pago a: | COMPENSAR-OI |
| Débito desde: | Cuenta de Ahorros *6776 |
| Descripción: | MiPlanilla.com Pago Proteccion Social |
| Fecha y hora inicio transacción | 2025-09-11 09:34:11 |
| NIT del comercio | 9998600669427 |
| Número de factura | 89724949 |
| Código Único de Seguimiento | 1769073595 |
| Dirección IP: | 186.29.246.128 |
| Referencia 1: | |
| Referencia 2: | CC |
| Referencia 3: | 1032482198 |