



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**  
**APOYO – GESTIÓN DE CONTRATACIÓN**  
**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE**  
**PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**

**CÓDIGO: AP-IA-FT-077**  
**VERSIÓN: 2**  
**FECHA: 2025-06-09**

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y**

**ANDRES FELIPE ROSERO TOVAR**

CON CC: N°

1.193.563.126

**OBJETO DEL CONTRATO:**

PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO TECNICO EN SISTEMAS 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 6133 2025

**FECHA INICIO CONTRATO**

05/08/2025

**VALOR INICIAL DEL CONTRATO**

\$ 2.285.777

**No. HORAS EJECUTADAS**

184

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:**

\$ 4.825.529

**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**

\$ 2.539.752

**PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS**

1 MES 25 DIAS

**UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:**

GSP PSPIC - VSP  
6BH CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:**

MARIA CRISTINA DUARTE GARZON  
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 29

**II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO**  
**(Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)**

| ITEM | DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES   |
|------|--|
| 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: Descarga de BAI consolidado mes vencido / archivos control de envío BAI/ Consolidado de eventos Transmisibles / Consolidado HC<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2025\250_46_8_BAI\TRANSMISIBLES\ SEPTIEMBRE\  |
| 2    | 1. OBLIGACIÓN: 2. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se proyecta cronograma mes siguiente / se actualiza cronograma diariamente / se entrega cronograma mes vencido<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): https://subredcentroorientemy.sharepoint.com/:x:/r/personal/givpscentroorientemy.sharepoint.com/_layouts/15/Doc.aspx?sourcedoc=%7BBF78976C-C620-4F00-89EF-FCCB228D8998%7D&file=CRONO_SEPTIEMBRE_2025_ACTUALIZADO.xlsm&action=default&mobileredirect=true&DefaultItemOpen=1&web=1   |
| 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: Fortalecimiento de capacidades BAI para el mes de AGOSTO para su presentación en Secretaría de Salud y presentación del producto en auditoria conforme a los lineamientos, donde se puede evidenciar el producto en One drive del correo de epidemiologia@subredcentroorientemy.gov.co<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): https://subredcentroorientemy.sharepoint.com/my?id=%2Fpersonal%2Fepidemiologia%5Fsubredcentroorientemy.gov%5Fco%2FDocuments%2FSIVIGILA%5F2024%2F4%2EPRODUCTOS%5FTRANSMISIBLES%2FCANALIZACIONES%2F01%5EPTIEMBRE%5F2025&login_hint=epidemiologia%40subredcentroorientemy.gov%2Eco |
| 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: Revisión de calidad formatos excel con BAI por UPGD establecidos en caja de herramientas de acuerdo al anexo técnico / Consolidado BAI mensual y trimestral para presentar a Referentes distritales SDS / Retroalimentación calidad BAI por correo electrónico. Depuración etiqueta correo de epidemiologia - BAI. Realizar ajustes solicitados por referentes distritales BAI. Apropiación conceptual de ficha técnica.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2025\250_46_8_BAI\TRANSMISIBLES\SEPTIEMBRE\  |
| 5    | 1. OBLIGACIÓN: 5. 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: Participar en las reuniones de equipo, reuniones de área, preauditoria, recepción y retroalimentación correos BAI por las UPGDS<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2025\250_46_8_BAI\TRANSMISIBLES\SEPTIEMBRE\  |
| 6    | 1. OBLIGACIÓN: 6. Realizar la revisión (precrítica) a los formatos y/o fichas de captura establecidos en los anexos y documentos establecidos de acuerdo a los lineamientos técnicos de los entornos y procesos transversales del convenio Interadministrativo PSPIC Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Coordinación con la profesional universitaria 2 y Marcela Salinas para el arreglo de la bai mensual la cual se verifica y se envía solicitud de las historias clínicas faltantes y corrección a las upgd's del no diligenciamiento de archivos solicitados por lineamientos en la BAI<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2024\250_46_8_BAI\TRANSMISIBLES\ SEPTIEMBRE\  |
| 7    | 1. OBLIGACIÓN: 7. Realizar depuración, administración y/o consolidación de las bases de datos, documentos y/o informes generados por las acciones o intervenciones de los entornos y procesos transversales, garantizando la calidad, oportunidad, integridad, consistencias y veracidad.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Revisión de calidad formatos excel con BAI por UPGD / Consolidado BAI mensual y trimestral para presentar a Referentes distritales SDS / Retroalimentación calidad BAI por correo electrónico. Depuración etiqueta correo de epidemiologia - BAI<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2025\250_46_8_BAI\TRANSMISIBLES\ SEPTIEMBRE\  |
| 8    | 1. OBLIGACIÓN: 8. Dar cumplimiento a las actividades de los procesos TRANSVERSALES del PSPIC, de acuerdo a su competencia: CANALIZACIONES, PAI, Educación para la Salud Pública, GESI, ACCVSYE, Notificación de EISP y Participación Social.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Apropiación conceptual de ficha técnica EPV, IRA, Micobacterias, gestión de información/ Revisión de formatos establecidos en caja de herramientas Consolidado BAI - Canalizaciones<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2025\250_46_8_BAI\TRANSMISIBLES\ SEPTIEMBRE\  |

9 1. OBLIGACIÓN: 9. 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.  
 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Revisión de calidad formatos excel con BAI por UPGD / Consolidado BAI mensual y trimestral para presentar a Referentes distritales SDS / Retroalimentación calidad BAI por correo electrónico. Depuración etiqueta correo de epidemiología - BAI  
 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Ruta Preauditoria: \\172.26.33.40\Sivigila2025\250\_46\_8\_PRODUCTOS\_GESTION\22. PREAUDIT\_MES\_A\_MES\5.MAYO\_4176

10 1. OBLIGACIÓN: 10. 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.  
 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Depuración etiqueta correo de epidemiología - BAI / Retroalimentación calidad BAI por correo electrónico / Verificación de variables RIPS: documento, edad, sexo, código CIE10, nacionalidad, DX, mes.  
 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\Sivigila2025\250\_46\_8\_BAI\TRANSMISIBLES\SEPTIEMBRE\

**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:    | 89221375  | OPERADOR:     | MI PLANILLA       |
| CONCEPTO DEL PAGO   | ENTIDAD   | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO      |
| SALUD:              | FAMISANAR | 11/09/2025    | \$ 178.000        |
| PENSIÓN:            | PORVENIR  | 11/09/2025    | \$ 227.800        |
| RIESGOS LABORALES:  | SURA      | 11/09/2025    | \$ 34.700         |
| OTRO                |           |               |                   |
| <b>TOTAL PAGADO</b> |           |               | <b>\$ 440.500</b> |

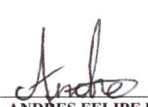
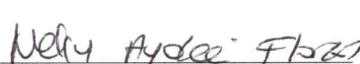

**V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA**

- 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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMMLV (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 fotograficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

|   |  |
|---|--|
| <b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>   | <br><b>ANDRES FELIPE ROSERO TOVAR</b><br>CC: 1193563126            |
| <b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b>  | <br><b>NELCY AYDEE FLOREZ PADILLA</b><br>SUPERVISOR ALTERNO        |
| <b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:</b> | <br><b>MARIA CRISTINA DUARTE GARZÓN</b><br>SUPERVISOR DEL CONTRATO |



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E  
APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN  
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA  
GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014  
VERSIÓN: 7  
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/09/2025

|                      |  |           |               |
|----------------------|--|-----------|---------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | ANDRES FELIPE ROSERO TOVAR   | CC:       | 1.193.563.126 |
| CORREO ELECTRÓNICO:  | <a href="mailto:felipeandroo17@gmail.com">felipeandroo17@gmail.com</a> | TELÉFONO: | 3006381793    |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | CL 49 A BIS SUR 10D 20   | 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.

|                          |                  |                 |         |            |                 |
|--------------------------|------------------|-----------------|---------|------------|-----------------|
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR: | BANCO DAVIVIENDA | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | Nº CUENTA: | 057004870516525 |
|--------------------------|------------------|-----------------|---------|------------|-----------------|

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

|                          |                         |  |              |
|--------------------------|-------------------------|--|--------------|
| Nº DEL CONTRATO:         | PS 6133 2025            | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO | \$ 2.539.752 |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 05/08/2025              | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:                   | 30/09/2025   |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | 1/09/2025 AL 30/09/2025 |  |              |

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ANDRES FELIPE ROSERO TOVAR

CC: 1.193.563.126  
CEL: 3006381793

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                            |        |                          |                    |                          |
|---------------------|-------------------|----------------------------|--------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE           |        | DIRECCIÓN                | TELÉFONO           | CORREO                   |
| CC                  | 1193563126        | ANDRES FELIPE ROSERO TOVAR |        | TV 18 J SUR # 71 F 04 CS | 3006381793         | felipeandreo17@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL            | CÓDIGO | DEPARTAMENTO             | CIUDAD / MUNICIPIO |                          |
| ÚNICA               | 1 - Independiente |                            |        | BOGOTÁ D. C.             | BOGOTÁ D. C.       |                          |

| 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               | 89221375        | \$442.300     |     |

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 | 178.000                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 6         | 700                   | 0              | 178.700       | 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 |
| 230301          | Porvenir | 800224808-8 | 227.800                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 6         | 900                   | 0              | 228.700       | 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                | 6         | 200                   | 34.900              |                            |                     | 347               | 34.900        | 1             |

| TOTALES CAJAS |        |     |              |           |                   |               |               |
|---------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |        |     |              |           |                   |               |               |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| <b>SENA</b>          |           |                   |               |               |
| 0                    | 6         | 0                 | 0             | 0             |
| <b>ICBF</b>          |           |                   |               |               |
| 0                    | 6         | 0                 | 0             | 0             |
| <b>ESAP</b>          |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |
| <b>MEN</b>           |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |                |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar  |
| Salud                  | 1                              | 178.000                             | 178.700        |
| Pensión                | 1                              | 227.800                             | 228.700        |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 34.700                              | 34.900         |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0              |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0              |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| <b>TOTALES</b>         | <b>3</b>                       | <b>440.500</b>                      | <b>442.300</b> |

## PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                            |                          |              |                          |
|---------------------|-------------------|----------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE           | DIRECCIÓN                | TELÉFONO     | CORREO                   |
| CC                  | 1193563126        | ANDRÉS FELIPE ROSERO TOVAR | TV 18 J SUR # 71 F 04 CS | 3006381793   | felipecandoo17@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL            | CÓDIGO                   | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO       |
| ÚNICA               | 1 - Independiente |                            |                          | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ D. C.             |

| 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                           | \$442.300     |                          |                 |           |     |

### DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       | INFORMACIÓN NOVEDADES      |            |         |           |                  |           |     |      |     |      |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     | SALUD |     |              | RIESGOS LABORALES |           |            | CCF                   |                      |                                | PARAFISCALES                    |          |           |                        |          |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|------|-----------------------|----------------------------|------------|---------|-----------|------------------|-----------|-----|------|-----|------|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-------|-----|--------------|-------------------|-----------|------------|-----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres        | Cotización | Salario | Excedente | Colomb. anterior | Excedente | RET | RENT | TDE | VALE | TDP | VSP | VST | VA      | LMA | VAC | AVP | VCT   | IBL | CONTRIBUCION | Cód. AFP          | IBC AFP   | Cotización | Voluntario 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   | 1193563126            | ROSETO TOVAR ANDRES FELIPE | 57         | 0       |           |                  | N         |     |      |     |      |     |     |     |         |     |     |     |       |     |              | 230301            | 1.423.500 | 227.800    | 0                     | 0                    | 0                              | 0                               | EPS017   | 1.423.500 | 178.000                | 14-11    | 1.423.500 | 3               | 34.700     |            | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |

# PAGADA



# Nequi

## Resumen de pago

Descripción de compra

MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Tienda

COMPENSAR-OI

Estado de la transacción

Transacción exitosa

Fecha de la transacción

10 de septiembre de 2025 a las 10:04 p. m.

CUS

1768534577

¿Cuánto?

\$ 442.300,00

Factura de comercio

89221375

Tu plata salió de:



Disponible

Listo

[Imprimir](#)

[Ayuda](#)

