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	52733286	NORMA CAROLINA BOLAÑOS CONTRERAS	CL 12 SUR NO 1 06	2802504	normacarolinabolanos@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	
2025-09	2025-09	I	10/10/2025	90196966	$434.300	

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					
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										

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	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	0	0	0
CCF	1	28.500	28.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	434.300	434.300

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
CC	52733286	NORMA CAROLINA BOLAÑOS CONTRERAS		CL 12 SUR NO 1 06	2802504	normacarolinabolanos@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	
2025-09	2025-09	I	10/10/2025	90196966	$434.300	

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	Economiado	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	52733286	BOLAÑOS CONTRERAS NORMA CAROLINA	3	0			N																	231001	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000		0		0	CCF21	1.423.500	28.500	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
	PS 1234 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	PS 1234 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	PS 1234 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	PS 1234 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	PS 1234 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	PS 1234 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	PS 1234 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	PS 1234 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	PS 1234 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	PS 1234 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	PS 1234 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf.pdf (Archivado)	PS 1234 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1234 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	PS 1234 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	1 PS 1234 2025 CRP-4517.pdf	1 PS 1234 2025 CRP-4517.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	2 PS 1234 2025 CRP-11799.pdf	1234 2025 CRP-11799.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1234 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS 1234 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	3 PS 1234 2025 CRP-19485.pdf	3 PS 1234 2025 CRP-19485.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1234 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 1234 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1234 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 1234 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Documentos de ejecución del contrato

Borrar | Cargar nuevo

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: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**NORMA CAROLINA BOLAÑOS CONTRERAS**			**CC:**	**52733286**
CORREO ELECTRÓNICO:	**NORMACAROLINABOLANOS@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3202512808**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 12 SUR 1 06**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**008480282857**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1234 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.672.026**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31**				

NORMA CAROLINA BOLAÑOS CONTRERAS
PS_1234_2025_3AAFDF

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
NORMA CAROLINA BOLAÑOS CONTRERAS
CC: 52733286
CEL: 3202512808

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** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION 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

NORMA CAROLINA BOLAÑOS CONTRERAS

CON C.C N°	**52.733.286**

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1234 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 8.016.078	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 26.720.260	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.672.026
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CARCEL DISTRITAL		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	GUILLERMO RUBIO GUIZA		

ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)
1	1. SE RECEPCIONO Y SE REVISO LISTADOS DE PACIENTES PARA FACTURACION DE MEDICINA.
2	2. SE RECEPCIONO Y REVISO LISTADOS DE PACIENTES PARA FACTURACION DE ODONTOLOGIA.
3	3. SE RECEPCIONO Y REVISO LISTADOS DE PACIENTES PARA FACTURACION DE PSICOLOGIA.
4	4. SE RECEPCIONO Y REVISO LISTADOS DE PACIENTES PARA FACTURACION DE PSIQUIATRIA.
5	5. SE RECEPCIONO Y REVISO LISTADOS DE PACIENTES PARA FACTURACION DE ENFERMERIA.
6	6. SE RECEPCIONO Y REVISO LISTADOS DE PACIENTES PARA FACTURACION DE LABORATORIO.
7	7. SE REALIZO EL AGENDAMIENTO DE LOS PACIENTES PARA CONSULTA RELACIONADOS EN LOS LISTADOS REVISADOS.
8	8. SE REALIZO EL AGENDAMIENTO DE LOS PACIENTES PARA CONSULTA PRIORITARIA REFERIDOS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS.
9	9. SE REALIZO LA FACTURACION DE LAS ACTIVIDADES AGENDADAS.
10	10. SE APOYO LA MODIFICACION LAS FACTURAS DE LOS PACIENTES QUE RECIBEN LA AUTORIZACION DE LA EPS.
11	11. SE REALIZO LAS SUBSANACIONES DETECTADAS POR LA CENTRAL DE FACTURACION.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE 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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 90196966	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/10/10	$ 178.000
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/10/10	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/10/10	$ 0
OTRO			

TOTAL PAGADO	$ 405.800

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo 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 afiliacion a eps, arl, pension, 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.

VII. ANEXOS

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

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	*NORMA CAROLINA BOLAÑOS CONTRERAS* *PS_1234_2025_3AAFDF* **NORMA CAROLINA BOLAÑOS CONTRERAS** **CC: 52733286**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*GUILLERMO RUBIO GUIZA* *PS_1234_2025_3AAFDF* **GUILLERMO RUBIO GUIZA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**