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	1193550931	TATIANA ALEXANDRA MORENO MORENO	Carrera 13 bis este # 46 A 42 sur	3112768031	tatis042016@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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-09	2025-09	I	10/10/2025	90089363	$441.200	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	178.000	0		0		0	2	300	0	178.300	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	2	300	0	228.100	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	34.700				34.700	2	100	34.800			347	34.800	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
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	178.000	178.300
Pensión	1	227.800	228.100
Riesgos Laborales	1	34.700	34.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	441.200

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	1193550931	TATIANA ALEXANDRA MORENO MORENO		Carrera 13 bis este # 46 A 42 sur	3112768031	tatis042016@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	90089363	$441.200	

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	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	1193550931	MORENO MORENO TATIANA ALEXANDRA	59	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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:	**TATIANA ALEXANDRA MORENO MORENO**			**CC:**	**1193550931**
CORREO ELECTRÓNICO:	**TATIS042016@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3136838851**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 13 BIS 46A 42 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**484100054606**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2063 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.671.200**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/02**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31**				

TATIANA ALEXANDRA MORENO MORENO
PS_2063_2025_0C5874

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
TATIANA ALEXANDRA MORENO MORENO
CC: 1193550931
CEL: 3136838851

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			
TATIANA ALEXANDRA MORENO MORENO			
	CON C.C N°	**1.193.550.931**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. RUTA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD - AGRESIONES, ACCIDENTES, TRAUMA Y VIOLENCIAS - RAAATV		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2063 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/02**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 8.547.840	**No. HORAS EJECUTADAS**	**240**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 17.095.680	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.671.200
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ		

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	Participe en la socialización y preparación a la comunidad en los servicios de urgencias, consulta externa y ambulancias de todas las unidades de salud de la sissco, para acceder a los servicios integrales de salud dirigidos a la atención integral de victimas por violencias, visitamos las diferentes unidades perseverancia, Jorge Eliecer Gaitán, San Blas, La Victoria y Santa Clara.
2	Realice creación de 135 bitácoras en plataforma sirc, de cada una de los casos de población asignada registrados en la cohorte de violencias enviada por gestión del riesgo.
3	Realice los registros en cada bitácora las veces que fue necesario, garantizando la trazabilidad Documental correspondiente. Esto incluyó: · El acercamiento efectuado a las víctimas de violencias. · La información radicada en la historia clínica respecto a los seguimientos realizados por los diferentes profesionales. De igual manera, se subieron al SIRC un total de 240 seguimientos.
4	Realice el cierre de 18 casos en la bitácora del SIRC, registrándolos en estado finalizado, de acuerdo con el cumplimiento de los motivos o criterios que certifican dicho cierre.
5	Semaforize en los aplicativo sirc el estado de trámite de acuerdo a los registros de la información aportada por: la historia clínica, seguimientos, acercamientos realizados, perdida de usuario, así el color indica verde finalizado 18 , amarillo en espera 16, rojos cancelados 2, marrón en trámite 204
6	Revise 345 historias de la base de datos de la cohorte de violencias para tener en cuenta población diferencial de la rías aatv como víctimas de: violencia sexual, ataque por agente químico, conflicto armado, negligencia y abandono; violencia de genero etc.
7	Realice 240 acercamientos mediante llamadas telefónicas a víctimas de violencias población asignada.
8	Realice verificación de 240 historias clínicas en la DHG, con el fin de constatar el cumplimiento de los seguimientos médicos y posicionales correspondientes a los cinco (5) controles establecidos para la atención integral de las víctimas de violencia sexual.
9	Realice verificación de 144 historias clínicas en la DHG de pacientes víctimas de violencia menores de 18 años, realizando la respectiva notificación al ICBF conforme al protocolo establecido.
10	Participe con el equipo de trabajo, con la implementación de la ruta de violencias teniendo en cuenta el enfoque institucional e intersectorial.
11	Presente oportunamente los 16 pacientes a la profesional de Trabajo Social, remitiendo el listado de personas con pérdida de contacto, con el fin de realizar el respectivo reporte al PIC (Plan de Intervenciones Colectivas) en el componente de entorno cuidadores (vivienda).
12	Reporte a trabajo social los usuarios de la ruta de violencias, que en la historia clínica no registra seguimiento y no tiene criterios de finalizado
13	Participe en las auditorias que se realizaron a, la rias-aatv
14	Participe con el equipo de la rias aatv para realizar análisis de casos de diferentes tipos de violencia con el fin de retroalimentar el proceso en gestión
15	Asistí a las reuniones internas y externas, de acuerdo a las indicaciones y solicitudes que realicé la dirección de urgencias. Mesa técnica, seguimientos de gestión del riesgo.

16	Agende 48 citas por medicina general para usuarios victimas de violencias y psicología
17	Presente oportunamente al jefe inmediato las situaciones de emergencia que se puedan presentar.
18	Consolide, información requerida para la debida presentación de los indicadores
19	Participe en visitas a las unidades de salud y ambulancias para vigilancia y control del kit de código blanco y ataque con agente químico. visite Perseverancia, Jorge Eliecer Gaitán, La Victoria , San Blas y Santa Clara
20	Verifique los criterios para finalizar casos de violencia sexual (o cierre de caso) según protocolo de violencia sexual y manual de gestión social y familiar.
21	Y las demás actividades afines al cargo que sean delegadas por el supervisor del contrato Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato

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° 90089363	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/10/10	$ 178.300
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/10/10	$ 228.100
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/10/10	$ 34.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 441.200

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	*TATIANA ALEXANDRA MORENO MORENO* *PS_2063_2025_0C5874* **TATIANA ALEXANDRA MORENO MORENO** **CC: 1193550931**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ* *PS_2063_2025_0C5874* **JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**