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: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**ROXANA VIRGINIA MUNEVAR LYONS**			**CC:**	**52089757**
CORREO ELECTRÓNICO:	**roxanamuly@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3246848635**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 134 A 17 50 AP 207**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**008400745157**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7210 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 105.200**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/11/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31**				

ROXANA VIRGINIA MUNEVAR LYONS
PS_7210_2025_5D1D8D

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ROXANA VIRGINIA MUNEVAR LYONS
CC: 52089757
CEL: 3246848635

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			
ROXANA VIRGINIA MUNEVAR LYONS			
	CON C.C N°	**52.089.757**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES 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 7210 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.839.200	**No. HORAS EJECUTADAS**	**4**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 9.783.600	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 105.200
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON		

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. 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 1.1 Actividades desarrolladas: En el mes de noviembre se realizan investigaciones epidemiológicas de campo correspondientes al componente Salud Mental VESPA, SIVIM, SISVECOS, SIVELCE. Se realizó el proceso de alistamiento, verificación de bases, georeferenciación de direcciones reportadas en la base de alertas asignada, solicitud de envío de foráneos identificados al técnico, verificación de afiliación a través de ADRES o comprobador de derechos, realización de llamadas telefónicas o concertación telefónica de visitas, búsqueda de direcciones, gestión de casos fallidos, visitas domiciliarias con diligenciamiento de consentimiento informado y diligenciamiento de los formatos IEC de VESPA, SIVIM, SISVECOS, cierre de casos en los tiempos establecidos por la línea técnica, gestión de la matriz de derivaciones casos VESPA efectivos y matriz de fallidos. Se realizaron las canalizaciones sectoriales e intersectoriales a través del SIRC dando cumplimiento a los criterios establecidos para esta actividad 1.2 Productos (evidencias): Soportes en servidor de Bello Horizonte en la ruta 172.26.33.40Sivigila2025$250_46_8_SALUD_MENTAL1.GESTION_INFORMACION
2	2. Obligación 2: PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR. 2.1 Actividades desarrolladas: Se realizó la actualización diaria del cronograma del mes vigente acorde a las actividades programadas y ejecutadas. Se proyectó cronograma del mes siguiente 2.2 Productos (evidencias): Cronograma diligenciado en el Drive Gestión de la información VSP / VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA / CRONO_PREA / VSP_CRONO_PREAU /2025_VSP_PREAU_CRONO / CRONOGRAMA_2025
3	3. 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. 3.1 Actividades desarrolladas: Se realizan 28 investigaciones epidemiológicas de campo de acuerdo con la meta asignada. Se realizó gestión en las localidades: Santa Fe, Los Mártires, Candelaria, Antonio Nariño, Rafael Uribe Uribe, San Cristóbal. Se presentan los formatos de los casos fallidos y descartados y su correspondiente diligenciamiento en la matriz de la caja de herramientas SALUD MENTAL VSP 3.2 Productos (evidencias): Soportes en servidor de Bello Horizonte en la ruta 172.26.33.40Sivigila2025$250_46_8_SALUD_MENTAL1.GESTION_INFORMACION
4	4. 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. 4.2 Productos (evidencias): Soportes en servidor de Bello Horizonte en la ruta 172.26.33.40Sivigila2025$250_46_8_SALUD_MENTAL1.GESTION_INFORMACION 4.2 Productos (evidencias): Formatos acordes a Caja de Herramientas VSP Salud Mental. Archivos digitales subidos al Drive Gestión de la información VSP / SALUD_MENTAL según el subsistema (ficha de notificación, IEC, consentimientos informados, instrumentos o escalas, anexos específicos a los casos, formatos digitales de casos fallidos y descartados), canalizaciones y soportes de los envíos. Matrices diligenciadas en el drive de VSP salud mental. Formatos físicos de consentimientos informados.
	5. 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 EXPERIENCIA EN PROGRAMAS Y PLANES DE SALUD PÚBLICA Y CONFORME A LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS DE LOS ENTORNOS Y

5	PROCESOS TRANSVERSALES DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO PSPIC. 5.1 Actividades desarrolladas: Se cumple con la meta asignada de investigaciones epidemiológicas de campo correspondientes al componente Salud Mental. Se realizó el proceso de alistamiento, verificación de bases, georeferenciación de direcciones reportadas en la base de alertas asignada, solicitud de envío de foráneos identificados al técnico, verificación de afiliación a través de ADRES o comprobador de derechos, realización de llamadas telefónicas o concertación telefónica de visitas, búsqueda de direcciones, gestión de casos fallidos, visitas domiciliarias con diligenciamiento de consentimiento informado y diligenciamiento de los formatos IEC de VESPA, SIVIM, SISVECOS, SIVELCE, cierre de casos en los tiempos establecidos por la línea técnica, gestión de la matriz de derivaciones casos VESPA efectivos y matriz de fallidos. Se realizaron las canalizaciones sectoriales e intersectoriales a través del SIRC dando cumplimiento a los criterios establecidos para esta actividad. 5.2 Productos (evidencias): Soportes en servidor de Bello Horizonte en la ruta 172.26.33.40Sivigila2025$250_46_8_SALUD_MENTAL1.GESTION_INFORMACION
6	6. 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. 6.1 Actividades desarrolladas: Se realizó apropiación conceptual de los lineamientos técnicos de VSP Salud Mental. Se participó en inducción sobre Prescripciones. Se participó en la capacitación de la resolución 1597 de 2025 realizada por coordinación VSP. Se hizo inducción en el subsistema SIVELCE para realizar IEC del subsistema. Se participó en la inducción sobre lineamientos de VSP Salud mental realizada por referentes distritales. Se realiza capacitación sobre procesos de gestión documental. 6.2 Productos (evidencias): Actas y listados de asistencia gestionados y administrados por el área encargada de las capacitaciones o inducciones. Soportes en servidor de Bello Horizonte en la ruta 172.26.33.40Sivigila2025$250_46_8_SALUD_MENTAL1.GESTION_INFORMACION Certificados emitidos por AulaCO enviados al correo epidemiologia@subredcentrooriente.gov.co
7	7. 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. 7.1 Actividades desarrolladas: Se lleva a cabo la ejecución de los eventos prioritarios en salud mental notificados al SIVIGILA 7.2 Productos (evidencias): Soportes en servidor de Bello Horizonte en la ruta 172.26.33.40Sivigila2025$250_46_8_SALUD_MENTAL1.GESTION_INFORMACION
8	8. Obligación 8: GESTIONAR LOS ESPACIOS COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES QUE SE REQUIERAN, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE LOS ENTORNOS Y/O PROCESOS TRANSVERSALES DEL PSPIC. 8.1 Actividades desarrolladas: Se realizan 28 investigaciones epidemiológicas de campo de acuerdo con la meta asignada. Se realizó gestión en las localidades: Santa Fe, Los Mártires, Candelaria, Antonio Nariño, Rafael Uribe Uribe, San Cristóbal. Se presentan los formatos de los casos fallidos y descartados y su correspondiente diligenciamiento en la matriz de la caja de herramientas SALUD MENTAL VSP 8.2 Productos (evidencias): Soportes en servidor de Bello Horizonte en la ruta 172.26.33.40Sivigila2025$250_46_8_SALUD_MENTAL1.GESTION_INFORMACION
9	9. Obligación 9: NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES. 9.1 Actividades desarrolladas: Se diligencia la matriz de casos efectivos, casos fallidos. Se realiza derivación de casos foráneos a través del técnico. Se gestiona con los técnicos, los casos VSP SALUD MENTAL que cumplen criterios para ser ingresados en los aplicativos. 9.2 Productos (evidencias): Soportes en servidor de Bello Horizonte en la ruta 172.26.33.40Sivigila2025$250_46_8_SALUD_MENTAL1.GESTION_INFORMACION
10	10. Obligación 10: ORGANIZAR EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL. 10.1 Actividades desarrolladas: Se cuenta con los soportes en el aplicativo Sivigila DC y/o carpetas destinadas para el proceso correspondiente, las cuales se encuentran en el servidor ubicado en la USS Bello Horizonte - Area de Epidemiologia. Se realiza capacitación sobre procesos de gestión documental. 10.2 Productos (evidencias): Soportes en servidor de Bello Horizonte en la ruta 172.26.33.40Sivigila2025$250_46_8_SALUD_MENTAL1.GESTION_INFORMACION Certificado de capacitación emitido por AulaCO enviado al correo epidemiologia@subredcentrooriente.gov.co
11	11. Obligación 11: 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. 11.1 Actividades desarrolladas: Se canalizan por SIRC los casos VESPA, SIVIM, SISVECOS, SIVELCE que cumplen criterios dados por línea técnica: Sectoriales: Entorno educativo, entorno comunitario, EAPB, Afiliaciones. Intersectoriales: ICBF, IDRD, SDIS, entre otros. 11.2 Productos (evidencias): Fichas de canalización diligenciadas y enviadas al correo givspcentrooriente@subredcentrooriente.gov.co en los tiempos establecidos por el anexo técnico. Soportes en servidor de Bello Horizonte en la ruta 172.26.33.40Sivigila2025$250_46_8_SALUD_MENTAL1.GESTION_INFORMACION
12	12. Obligación 12: 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. 12.1 Actividades desarrolladas: Se cuenta con la revisión constante y continua por parte del referente de los productos gestionados y entregados en el mes de OCTUBRE. Se realizan los ajustes correspondientes y se realizan acciones que garanticen la calidad del dato, la veracidad de la información y el cumplimiento de las obligaciones contractuales y los anexos técnicos correspondientes. 12.2 Productos (evidencias): Soportes en servidor de Bello Horizonte en la ruta 172.26.33.40Sivigila2025$250_46_8_SALUD_MENTAL1.GESTION_INFORMACION

13	13. Obligación 13: 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 13.1 Actividades desarrolladas: Se cumple con la entrega de documentos solicitados por coordinación de VSP, entrega de preauditoria, cuenta de cobro, proyección de cronograma. Se participa en inducciones, capacitaciones y reuniones citadas por parte de referente, líder, coordinación VSP y otros procesos de PSPIC. Se recibe acompañamiento en campo por parte de profesional de Prescripciones. 13.2 Productos (evidencias): Cronograma y preauditorias diligenciados en el Drive Gestión de la información VSP / VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA / CRONO_PREA / VSP_CRONO_PREAU /2025_VSP_PREAU_CRONO. Soportes en servidor de Bello Horizonte en la ruta 172.26.33.40Sivigila2025$250_46_8_SALUD_MENTAL1.GESTION_INFORMACION Certificados emitidos por AulaCO enviados al correo epidemiologia@subredcentrooriente.gov.co

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°	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA		$ 0
PENSIÓN:	PORVENIR		$ 0
RIESGOS LABORALES:	SURA		$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 0

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	*ROXANA VIRGINIA MUNEVAR LYONS* *PS_7210_2025_5D1D8D* **ROXANA VIRGINIA MUNEVAR LYONS** **CC: 52089757**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*ANA MILENA ORREGO VEGA* *PS_7210_2025_5D1D8D* **ANA MILENA ORREGO VEGA** **SUPERVISOR ALTERNO**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*MARIA CRISTINA DUARTE GARZON* *PS_7210_2025_5D1D8D* **MARIA CRISTINA DUARTE GARZON** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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	52089757	ROXANA VIRGINIA MUNEVAR LYONS	CL 134A 17 50 AP 207	3246848635	roxanamuly@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	90588357	$603.400	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	243.800	0		0		0	0	0	0	243.800	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	312.000	0	0	0	0	0	0		312.000	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	47.600				47.600	0	0	47.600			476	47.600	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	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	243.800	243.800
Pensión	1	312.000	312.000
Riesgos Laborales	1	47.600	47.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	603.400	603.400

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
CC	52089757	ROXANA VIRGINIA MUNEVAR LYONS		CL 134A 17 50 AP 207	3246848635	roxanamuly@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	90588357	$603.400	

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	Estornado	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	52089757	MUNEVAR LYONS ROXANA VIRGINIA	59	0			N																	230301	1.950.000	312.000	0	0	0	0	EPS010	1.950.000	243.800	14-11	1.950.000	3	47.600		0	0	0	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
1843118582

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
10/10/2025

Número de aprobación
00118582

Dirección IP
186.31.182.154

Valor transacción
$ 603.400,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
	CC	52089757

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017. DAVIVIENDA

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por	
☐	PS_7210_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	PS_7210_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	Proveedor	D

Bor

Cancelar

< Evaluación de l