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:	**KAREN VIVIANA BRAND SALAZAR**			**CC:**	**53097394**
CORREO ELECTRÓNICO:	**VIVIANA.BRAND2111@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3112826357**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 78P 54 00 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**007590343773**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7671 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 4.195.200**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/15**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/11/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30**				

KAREN VIVIANA BRAND SALAZAR
PS_7671_2025_66DB58

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
KAREN VIVIANA BRAND SALAZAR
CC: 53097394
CEL: 3112826357

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			
KAREN VIVIANA BRAND SALAZAR			
	CON C.C N°	**53.097.394**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL SOCIAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE GESTI?N INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO MAS BIENESTAR		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 7671 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/15**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.377.280	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 6.572.480	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4.195.200
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANA MARGARET RABA SIERRA		

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	OBLIGACIÓN 1.PRESTAR SUS SERVICIOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 1.1 actividades desarrolladas: Desarrollé actividades del convenio con profesionalismo y eficiencia, Cumplí con los plazos y fechas establecidas para cada actividad, Garanticé la calidad de los servicios prestados, implemente caracterización y plan de bienestar enfocados a prevención de factores de riesgo a los pacientes adultos mayores, dentro del territorio asignado por el Equipo Básico Extramural. 1.2 productos, evidencias: 100% de validación de cabezote del enlace de asignación de pacientes y la descarga del aplicativo Gtaps.
2	OBLIGACIÓN 2. PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR, ADICIONALMENTE CON LA FINALIZACIÓN DEL MES SE DEBE ENTREGAR UN INFORME DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS PARA LA EJECUCIÓN DE SUS ACTIVIDADES. 2.1 actividades desarrolladas: Elaboraré y presentaré un cronograma de actividades mensual, donde me aseguraré de que el informe fuera completo y preciso 2.2 productos, evidencias: entregue en las fechas estipuladas de los formatos de cada uno de los usuarios al técnico administrativo
3	OBLIGACIÓN 3. VERIFICAR Y ENTREGAR LOS SOPORTES Y PRODUCTOS REALIZADOS QUE SE SOLICITE CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS DISPUESTOS POR LA SDS VALIDANDO CALIDAD Y VERACIDAD DE ESTOS 3.1actividades desarrolladas verifiqué y entregué los soportes y productos realizados que se solicitaron conforme a los anexos y lineamientos dispuestos por la sds, validando su calidad y veracidad. 3.2 evidencias entregue en las fechas estipuladas de los formatos de cada uno de los usuarios al técnico administrativo, 100% de validación de cabezote del link de asignación de pacientes y la descarga del aplicativo gtaps
4	OBLIGACIÓN 4. DAR RESPUESTA A LAS CONTINGENCIAS GENERADAS POR SDS A NIVEL DISTRITO, ASÍ COMO LA DISPONIBILIDAD Y EJECUCIÓN DE LAS MISMAS. 4.1 actividades desarrolladas di respuesta a las contingencias generadas por la sds a nivel distrital, manteniendo mi disponibilidad y ejecutando las acciones necesarias para su adecuada resolución. 4.2 evidencias entregué un informe de las actividades desarrolladas para la ejecución de mis funciones.
5	OBLIGACIÓN 5. PARTICIPAR Y/O REALIZAR INDUCCIÓN Y RE RE-INDUCCIÓN TALENTO HUMANO A CARGO ACORDE CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EN TU HOGAR SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 5.1 actividades desarrolladas participé en las asistencias técnicas convocadas por la sds, de acuerdo con los procesos asignados y conforme a las actividades, metas y productos establecidos en los anexos y lineamientos técnicos del convenio más bienestar en tu hogar. 5.2 evidencias entrego actas y formatos de firma de asistencia
6	OBLIGACIÓN 6. REALIZAR LA REVISIÓN, ALISTAMIENTO Y ENTREGA CON CALIDAD DE CADA UNO DE LOS FORMATOS, DOCUMENTOS, BASES O INFORMES GENERADOS COMO RESULTADO DE LAS ACCIONES O INTERVENCIONES REALIZADAS EN CUMPLIMIENTO A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EN TU HOGAR VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 6.1 actividades desarrolladas: Revisé y alisté los formatos y documentos generados, Entregué los formatos y documentos con calidad y oportunidad, Me aseguré de que los formatos y documentos fueran completos y precisos, entregue y diligencie los formatos de seguimiento y la información solicitada de cada uno de los usuarios abordados. 6.2 productos, evidencias: entregue en las fechas estipuladas de los formatos de cada uno de los usuarios al técnico administrativo, 100% de validación de cabezote del link de asignación de pacientes y la descarga del aplicativo Gtaps.

7	OBLIGACIÓN 7. VERIFICAR Y HACER LA NOTIFICACIÓN LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES REALIZADAS POR EL CONVENIO. 7.1 actividades desarrolladas: Activé y notifiqué los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de mis intervenciones, Me aseguré de que los eventos fueran notificados de manera oportuna y precisa, realicé notificación oportuna a los subsistemas de acuerdo a la necesidad del paciente abordado 7.2 productos, evidencias: reporte de fichas de notificación por los canales requeridos
8	OBLIGACIÓN 8. PARTICIPAR EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS CONVOCADAS POR SDS DE ACUERDO CON LOS PROCESOS ASIGNADOS Y CONFORME A LAS ACTIVIDADES, METAS Y PRODUCTOS ESTABLECIDOS EN LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EN TU HOGAR SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 8.1 actividades desarrolladas: Participé en las asistencias técnicas convocadas por la SDS, oportuna y responsable a las reuniones y asistencias técnicas convocadas durante el mes 8. 2 productos, evidencias: fui a las reuniones programas con su debido cumplimiento en el horario establecido con la firma de asistencia
9	OBLIGACIÓN 9. APOYAR EN LA ORGANIZACIÓN DEL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE DE ACUERDO CON NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL. 9.1 actividades desarrolladas: Organicé el archivo de la documentación generada de acuerdo con la normatividad y tabla de retención documental, Me aseguré de que la documentación estuviera organizada y fuera fácilmente accesible 9.2 productos, evidencias: entregue en las fechas estipuladas de los formatos de cada uno de los usuarios abordados al técnico administrativo
10	OBLIGACIÓN 12. REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN. 12.1 actividades desarrolladas: Realicé las demás obligaciones que se relacionaron con el objeto del contrato, Cumplí con las solicitudes y requerimientos de la supervisión 12.2 productos, evidencias: entregue en las fechas estipuladas de los formatos de cada uno de los usuarios al técnico administrativo, 100% de validación de cabezote del link de asignación de pacientes y la descarga del aplicativo Gtaps.
11	OBLIGACIÓN 13. ENTREGAR BAJO SUPERVISIÓN DE CALIDAD LOS PRODUCTOS SUJETOS DE AUDITORÍA. 13.1 actividades desarrolladas diligencié la información de la atención en los aplicativos gtaps de la sds y link de asignación de usuarios, me aseguré de que la información fuera completa, veraz y precisa 13.2 productos, evidencias: diligencie 100% de validación de cabezote del link de asignación de pacientes y la descarga de los archivos planos del aplicativo gtaps.
12	OBLIGACIÓN 14. REDACTAR LOS INFORMES DE GESTIÓN CORRESPONDIENTES SUJETOS DE AUDITORÍA. 14.1 actividades desarrolladas realicé la revisión, alistamiento y entrega con calidad de cada uno de los formatos, documentos, bases o informes generados como resultado de las acciones o intervenciones ejecutadas, en cumplimiento de los anexos y lineamientos técnicos del convenio más bienestar en tu hogar vigente y suscrito entre el fds y la subred. 14.2 productos, evidencias: actas de asistencia a actividades adicionales realizadas dentro del lineamiento del convenio
13	OBLIGACIÓN 15. SUPERVISAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES PROPUESTAS EN EL MARCO DEL CUMPLIMIENTO OPERATIVO DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR. 15.1 actividades desarrolladas supervisé y di cumplimiento de las actividades propuestas en el convenio de manera eficaz y oportuna con calidad 15.2 producto, evidencias entregadas en los tiempos establecidos al técnico administrativo con su respectiva revisión y validación en aplicativo Gtaps
14	OBLIGACIÓN 16. ASISTENCIA A LAS REUNIONES Y COMITÉS CITADOS POR LA SDS Y EL CONVENIO MAS BIENESTAR EN TU HOGAR. 16.1 actividades desarrolladas participé en las asistencias técnicas convocadas por la sds, oportuna y responsable a las reuniones y asistencias técnicas convocadas durante el mes 16.2 producto, evidencia: asistí a las reuniones programas con su debido cumplimiento en el horario establecido con la firma de asistencia
15	OBLIGACIÓN 17. PLANIFICAR, DIRIGIR Y/O PARTICIPAR EN LOS ESPACIOS DE FORTALECIMIENTO TÉCNICO DEL TALENTO HUMANO OPERATIVO. 17.1 actividades desarrolladas desarrollé procesos de asistencia técnica desde los diferentes procesos del convenio, aporté conocimientos y experiencias en función de los requerimientos y procesos transversales, implemente planes de bienestar para el convenio 17.2producto, evidencias fui a las reuniones programas con su debido cumplimiento en el horario establecido con la firma de asistencia
16	OBLIGACIÓN 18. REALIZAR LAS ACTIVIDADES EN CAMPO Y/O ACOMPAÑAMIENTO DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS OPERATIVOS. VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES Y OBLIGACIONES CONTRACTUALES DE LOS PERFILES A CARGO, REALIZANDO LA CERTIFICACIÓN DE LAS HORAS MENSUAL. 18.1 actividades desarrolladas realicé las actividades en campo y/o el acompañamiento de acuerdo con los lineamientos técnicos operativos. 18.2 evidencias verificadas el cumplimiento de las actividades y obligaciones contractuales de los perfiles a mi carga, certificando las horas mensuales.
17	OBLIGACIÓN 19. REALIZAR LOS REGISTROS DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD EN LOS APLICATIVOS DISPUESTOS POR SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. 19.1 actividades desarrolladas revisé y alisté los formatos y documentos generados, entregué los formatos y documentos con calidad y oportunidad, me aseguré de que los formatos y documentos fueran completos y precisos, entregue y diligencie los formatos de seguimiento y la información solicitada de cada uno de los usuarios abordados. 19.2 evidencias entregue en las fechas estipuladas de los formatos de cada uno de los usuarios al técnico administrativo, 100% de validación de cabezote del link de asignación de pacientes y la descarga del aplicativo gtaps.

18	OBLIGACIÓN 20. ENTREGAR LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA CON OPORTUNIDAD CUANDO SE SOLICITE. 20.1 actividades desarrolladas realicé las demás obligaciones que se relacionaron con el objeto del contrato, cumpliendo con las solicitudes y requerimientos de la supervisión 20.2 evidencias entregue en las fechas estipuladas de los formatos de cada uno de los usuarios al técnico administrativo, 100% de validación de cabezote del link de asignación de pacientes y la descarga del aplicativo gtaps
19	OBLIGACIÓN 21. CUMPLIR, SEGÚN SU PERFIL Y RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, CON TODAS LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL ANEXO TÉCNICO DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR VIGENTE, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED, ASÍ COMO CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y OPERATIVOS QUE DE ESTE SE DERIVEN. 21.1 actividades desarrolladas actividades desarrolladas: me aseguré de que se cumplirán los lineamientos técnicos y operativos que se derivaron del convenio. 21.2 evidencias entregue en las fechas estipuladas de los formatos de cada uno de los usuarios al técnico administrativo, 100% de validación de cabezote del enlace de asignación de pacientes y la descarga de los archivos planos del aplicativo gtaps

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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 91415867	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2025/11/13	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/13	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/13	$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 440.500

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	*KAREN VIVIANA BRAND SALAZAR* *PS_7671_2025_66DB58* **KAREN VIVIANA BRAND SALAZAR** **CC: 53097394**

FIRMA DE QUIEN VALIDA	*SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA* *PS_7671_2025_66DB58* **SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANA MARGARET RABA SIERRA* *PS_7671_2025_66DB58* **ANA MARGARET RABA SIERRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

4:37
chrome-native://pdf/lir

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE

TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53697394	KAREN VIVIANA BRAND SALAZAR	calle 35a numero 7 B 30 bur	1234567	vivisbrand@gmail.com	

FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
UNICA	1 - Independiente			BOGOTA. D. C.	BOGOTA. D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA

PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADO (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
2025-10	2025-10	I	13/11/2025	91410867	$440.500

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSION

Código APP	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
23030	Porvenir	800224809-8	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										
14-11	ARL SURA	860303790-5	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	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 FSP, UVA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	440.500

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	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53697394	KAREN VIVIANA BRAND SALAZAR	calle 35a numero 7 B 30 bur	1234567	vivisbrand@gmail.com	

FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
UNICA	1 - Independiente			BOGOTA. D. C.	BOGOTA. D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA

PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADO (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
2025-10	2025-10	I	13/11/2025	91410867	$440.500

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE						INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF		PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Primer Cotizante	Subsidio Cotizante	Incapacidad General	Licencia Maternidad	Suspensión Temporal	Incapacidad Laboral	Aporte Voluntario	Variación Permanente Salario	Correción	Variación Centros Trabajo	Dias Cotizados	Horas Laboradas	Tarifa Especial Pensiones	Ing	Ret	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Cod. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional pensión por salud	Fondo pensional de subsistencia	Cod. EPS	IBC EPS	Cotización Valor UPC	Cod. ARL	IBC ARL	Centro Trabajo	Cotización	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	53697394	BRAND SALAZAR KAREN VIVIANA	IN	X									30	0									23030	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	0	34.700		0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

4:37

68

¡Hola, Viviana Brand!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:



Valor: $ 440.500

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha de la transacción: 12/11/2025

CUS: 1924431447

Gracias por utilizar nuestro servicio.

Ten encuenta estos tips de seguridad:

- Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
- No abras enlaces sospechosos.
- Cambia tus contraseñas con regularidad.
- Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
- Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.

Para mayor información comunícate con nosotros:

En Bogotá: +57 (601) 3808890 Opción 5

Contáctanos: https://www.pse.com.co/persona-centro-de-ayuda

Un servicio de ach COLOMBIA

ACH Colombia Oficial

@ACHColombia_

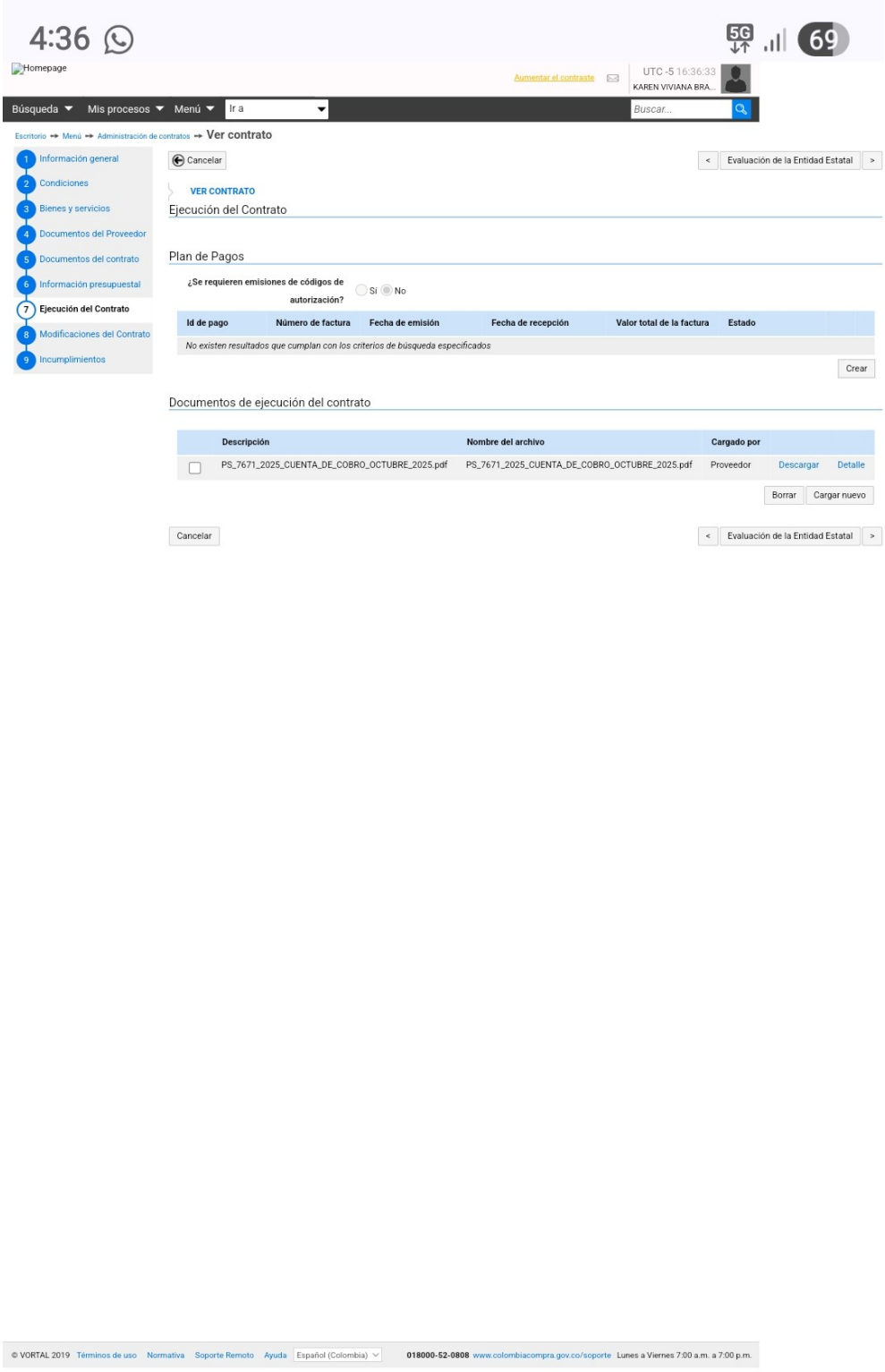
ACHColombiaOficial

ACH Colombia Oficial

"AVISO DE CONFIDENCIALIDAD:

La información contenida en este email está destinada para el uso del individuo o entidad a la cual está direccionado y contiene información que es de

Responder


4:36
Homepage
Aumentar el contraste
UTC -5 16:36:33
KAREN VIVIANA BRA...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio ➔ Menú ➔ Administración de contratos ➔ Ver contrato
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
< Evaluación de la Entidad Estatal >
VER CONTRATO
Ejecución del Contrato
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
Crear
Documentos de ejecución del contrato
Descripción
Nombre del archivo
Cargado por
PS_7671_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf
PS_7671_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >
© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)
018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.