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:	**KATY MARCELA ANAYA ESCOBAR**			**CC:**	**1038099134**
CORREO ELECTRÓNICO:	**KAJOR1020@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3229155269**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 58C SUR 87 16**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**04500018271**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7501 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.980.800**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/09**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/11/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30**				

KATY MARCELA ANAYA ESCOBAR
PS_7501_2025_06F79F

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
KATY MARCELA ANAYA ESCOBAR
CC: 1038099134
CEL: 3229155269

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				
KATY MARCELA ANAYA ESCOBAR				
	CON C.C N°	**1.038.099.134**		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR TECNICO MAS BIENESTAR 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 7501 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/09**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.285.280	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 5.266.080	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.980.800	
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	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 DESARROLLADA: Prestación de servicios con calidad y oportunidad para el desarrollo de las actividades del Convenio Más Bienestar EBEH. 1.2. PRODUCTO DE EVIDENCIA Registros y reportes que demuestran la prestación oportuna y de calidad de las actividades del convenio.
2	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: Ppresentación mensual del cronograma de actividades y entrega del informe de las acciones desarrolladas al cierre de cada mes. 2.2 PRODUCTO DE EVIDENCIA Cronograma mensual e informe final de actividades entregados y registrados.
3	3. APOYAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, PRESENTANDO LA INFORMACIÓN Y/O SOPORTES QUE SE SOLICITE CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 3.1 ACTIVIDAD DESARROLLADA: Apoyo a la prestación de servicios del Convenio Más Bienestar EBEH mediante la presentación de la información y soportes requeridos según anexos y lineamientos técnicos. 3.2 OBJETO DE EVIDENCIA Soportes e información entregados conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio vigente.
4	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. 1 ACTIVIDADES DESARROLLADA: Apoyo a las actividades relacionadas con el objeto del contrato para el mejoramiento continuo de la calidad y el cumplimiento de los planes de mejoramiento de habilitación y acreditación. 4.2 PRODUCTO DE EVIDENCIA: Registros, soportes y reportes de acciones ejecutadas en los planes de mejoramiento y procesos de calidad.
5	5. REALIZAR APROPIACIÓN CONCEPTUAL DESDE SU PERFIL CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 5.1 ACTIVIDADES DESARROLLADA: Apropiación conceptual de los anexos y lineamientos técnicos del Convenio Más Bienestar EBEH, acorde con el perfil profesional. 5.2 PRODUCTO DE EVIDENCIA: Registros o soportes que evidencian la comprensión y aplicación de los lineamientos y anexos del convenio.
6	6.DESARROLLAR PROCESOS DE ASISTENCIA TÉCNICA DESDE LOS DIFERENTES PROCESOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES CONFORME A SU SABER DISCIPLINAR Y PROFESIONAL, EN FUNCIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS PROCESOS TRANSVERSALES. 6.1 ACTIVIDADES DESARROLLADA Ejecución de acciones de asistencia técnica a los procesos del Convenio Más Bienestar EBEH, aplicando el saber disciplinar según requerimientos transversales. 6.2 PRODUCTO DE EVIDENCIA Registros y reportes de asistencia técnica realizada a los procesos del convenio, según lineamientos y necesidades transversales.

7	. 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 EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 7.1 ACTIVIDADES DESARROLLADA Revisión, alistamiento y entrega con calidad de formatos, documentos, bases e informes derivados de las acciones realizadas según los lineamientos del Convenio Más Bienestar EBEH. 7.2 PRODUCTO DE EVIDENCIA Formatos, documentos y reportes verificados y entregados conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio vigente.
8	8.PARTICIPAR Y GESTIONAR LOS ACERCAMIENTOS COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES QUE SE REQUIERAN, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE CADA PROCESO. 8.1 ACTIVIDADES DESARROLLADA Participación y gestión de acercamientos comunitarios e institucionales para apoyar el desarrollo de las acciones de cada proceso. 8.2 PRODUCTO DE EVIDENCIA Registros de acercamientos realizados y actas o reportes que evidencian la articulación comunitaria e institucional.
9	9. ACTIVAR Y NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES. 9.1ACTIVIDADES DESARROLLADA: Activación y notificación de eventos de interés en salud pública identificados durante las intervenciones. 9.2PRODUCTO DE EVIDENCIA: Registros y reportes de notificación de eventos de interés en salud pública.
10	10. 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 EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 10.1 ACTIVIDADES DESARROLLADA: Participación en las asistencias técnicas convocadas por la SDS según los procesos asignados y los lineamientos del Convenio Más Bienestar EBEH. 10.2 PRODUCTO DE EVIDENCIA: Registros de participación en asistencias técnicas y reportes asociados a las metas y productos establecidos.
11	11. ORGANIZAR EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL. 11.1 ACTIVIDADES DESARROLLODA: Organización de la documentación generada según la normatividad vigente y la tabla de retención documental. 11.2 PRODUCTO DE EVIDENCIA: Archivo documental ordenado y soportes de control según la tabla de retención.
12	12. REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN. 12.1 ACTIVIDADES DESARROLLADA: Cumplimiento de las obligaciones adicionales relacionadas con el objeto del contrato, según requerimientos de la supervisión. 12.2 PRODUCTO DE EVIDENCIA: Registros y reportes de actividades solicitadas y ejecutadas conforme a las instrucciones de supervisión.
13	13. REALIZAR CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA A COMPLETITUD, CON CALIDAD Y VERACIDAD REALIZANDO LOS TAMIZAJES CORRESPONDIENTES SEGÚN LINEAMIENTO EN EL DESARROLLO DE LA CARACTERIZACIÓN (APGAR, TOMA DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS SEGÚN RESOLUCIÓN 3280-2018, OMS, FINDRISC, CUESTIONARIO DE EPOC Y PLANILLA DE FIRMAS), TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS SON SUJETOS DE AUDITORÍA. 13.1ACTIVIDADES DESARROLLADA: Realización completa y con calidad de la caracterización sociodemográfica, aplicando los tamizajes requeridos (APGAR, medidas antropométricas, FINDRISC, EPOC y planilla de firmas). 13.2PRODUCTO DE EVIDENCIA: Formularios y bases de caracterización diligenciados con tamizajes completos y verificables para auditoría
14	14. DILIGENCIAR LA INFORMACIÓN DE LA CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA EN EL APLICATIVO GTAPS DE LA SDS DIARIAMENTE A COMPLETITUD, CON VERACIDAD Y CALIDAD DEL DATO DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS DE LA INTERVENCIÓN, TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS SON SUJETOS DE AUDITORÍA. 14.1 ACTIVIDADES DESARROLLADA: Diligenciamiento diario, completo y veraz de la caracterización sociodemográfica en GTAPS dentro de las 24 horas posteriores a la intervención. 14.2 PRODUCTO DE EVIDENCIA: Registros cargados en GTAPS con información completa y de calidad, aptos para auditoría
15	15. PRESENTAR EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES E INSUMOS PREPARADOS (MAPAS BASE, MATRICES, CARTOGRAFÍA, DATOS CATASTRALES Y POBLACIONALES). 15.1 ACTIVIDADES DESARROLLADA: Presentación del cronograma de actividades y de los insumos preparados (mapas base, matrices, cartografía y datos catastrales y poblacionales 15.2 PRODUCTO DE EVIDENCIA: Cronograma e insumos técnicos entregados y organizados para el desarrollo de las actividades.
16	16 PRESENTAR MAPA CON REGISTRO DEL EJERCICIO DE CARTOGRAFÍA REALIZADO POR EL GESTOR. · MATRIZ DE INFORMACIÓN CUANTITATIVA Y CUALITATIVA, CON EL REGISTRO REALIZADO POR PARTE DEL GESTOR 16.1 ACTIVIDADES DESARROLLADA: Elaboración y presentación del mapa con el registro del ejercicio de cartografía y la matriz con la información cuantitativa y cualitativa recolectada por el gestor. 16.2PRODUCTO DE EVIDENCIA: Mapa cartográfico elaborado y matriz de información cuantitativa y cualitativa diligenciada por el gestor
17	17. PARTICIPAR EN EL COMITÉ TERRITORIAL EN EL QUE PARTICIPA TODO EL EQUIPO REVISIÓN Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN (CARTOGRAFÍA, MATRIZ, INFORME Y CONCLUSIONES DE COMITÉ DE CUIDADO). 17.1 ACTIVIDADES DESARROLLADA: Participación en el comité territorial junto con el equipo para la revisión y análisis de cartografía, matriz, informes y conclusiones del comité de cuidado. 17.2 PRODUCTO DE EVIDENCIA: Actas, registros o reportes de participación con análisis de la información revisada en el comité territorial

18	18. REALIZAR EL REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES EN INSTRUMENTOS DEFINIDOS PARA CAPTURA DE INFORMACIÓN CON CALIDAD (PLANILLA DE FAMILIAS CON CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ATENCIÓN INICIAL DESDE ABORDAJE TERRITORIAL, APLICATIVO EN LÍNEA DEFINIDO POR SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD). 18.1ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Registro de las actividades en los instrumentos definidos para captura de información (planilla de familias, consentimientos y aplicativo en línea), garantizando calidad del dato. 18.2PRODUCTO DE EVIDENCIA: Planillas, consentimientos y registros en el aplicativo en línea diligenciados completa y correctamente.
19	19. GESTIONAR Y ACTIVAR LOS RIESGOS EN SALUD IDENTIFICADOS CON OPORTUNIDAD A TRAVÉS DEL AGENDAMIENTO, ACTIVACIONES DE RUTA O FORMATOS DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA SEGÚN CORRESPONDA. 19.1ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Gestión y activación oportuna de los riesgos en salud identificados mediante agendamientos, activaciones de ruta o notificación de eventos de interés en salud pública. 19.2 PRODUCTO DE EVIDENCIA: Registros de activación de riesgos, agendamientos realizados y formatos de notificación diligenciados.
20	20. 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. 20.1ACTIVIDADES DESARROLLADA: Cumplimiento de las obligaciones asignadas según el perfil, de acuerdo con el anexo técnico y los lineamientos del Convenio Más Bienestar vigente 20.2 PRODUCTO DE EVIDENCIA Registros y reportes que demuestran el cumplimiento de las obligaciones establecidas en el anexo técnico y lineamientos operativos.

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° 90925615	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/11/13	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/13	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	COLMENA	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	*KATY MARCELA ANAYA ESCOBAR* *PS_7501_2025_06F79F* **KATY MARCELA ANAYA ESCOBAR** **CC: 1038099134**

FIRMA DE QUIEN VALIDA	*SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA* *PS_7501_2025_06F79F* **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_7501_2025_06F79F* **ANA MARGARET RABA SIERRA** **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	1038099134	KATY MARCELA ANAYA ESCOBAR	Cll58c sur 87 10	3229155269	kajor1020@gomail.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	
2025-10	2025-10	I	13/11/2025	90925615	$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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	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										
14-25	Riesgos prof Colmena	800226175-3	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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1038099134	KATY MARCELA ANAYA ESCOBAR		Cll58c sur 87 10	3229155269	kajor1020@gomail.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	
2025-10	2025-10	I	13/11/2025	90925615	$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	Estudiante	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	1038099134	ANAYA ESCOBAR KATY MARCELA	59	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-25	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

20:15 N ···
Vo 4G 4G 14
as.miplanilla.com 8

Número de planilla 90925615

Identificación aportante	CC1038099134
Tipo de planilla	I - Planilla de aportes trabajador independiente
Periodo de liquidación	octubre 2025
Fecha límite de pago	2025-11-11*
Valor planilla	$ 441.200

*Después de esta fecha se generarán intereses de mora

Recuerde que si paga sus aportes después de la hora de cierre de operaciones bancarias, en horario adicional o durante fines de semana o festivos, el pago se verá reflejado al siguiente día hábil.

Regresar

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

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

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	PS_7501_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	PS_7501_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal