| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-014**<br>**VERSIÓN: 7**<br>**FECHA: 2025-06-09** |

| **DATOS DEL CONTRATISTA** | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30/11/2025)** | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | DANIELA ALEJANDRA MONCADA PROAÑOS | **CC:** | 1,001,284,056 |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | moncadasubredcentrooriente@gmail.com | **TELÉFONO:** | 3125184278 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | DG 69A BIS A SUR 19H 23 | **CIUDAD:** | BOGOTÁ D.C |

| **Manifiesto bajo la gravedad del juramento** | |
|---|---|
| **NO** tomaré costos y deducciones | ( X ) |
| **SI** tomaré costos y deducciones | ( ) |

La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Régimen Simple De Tributación** : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación. | | | | SI ( ) | NO ( ) |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCO DE BOGOTÁ** | **TIPO DE CUENTA:** | ***AHORROS*** | **N° CUENTA:** | ***447209495*** |

| **DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | |
|---|---|---|---|
| **N° DEL CONTRATO:** | **PS 7375 2025** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | **$2.794.500** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | 10/07/2025 | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | 30/11/2025 |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30 | | |

**DANIELA ALEJANDRA MONCADA PROAÑOS**
**C.C, 1,001,284,056**
**Cel: 3125184278**

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**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**<br>**VERSIÓN: 2**<br>**FECHA: 2025-06-09** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | | | |
| **DANIELA ALEJANDRA MONCADA PROAÑOS** | | | | | |
| | | **CON C.C N°** | 1.001.284.056 | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR TECNICO MAS BIENESTAR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO | | | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | | PS 7375 2025 | | **FECHA INICIO CONTRATO** | 7/10/2025 |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | **$** 2.484.000 | **No. HORAS EJECUTADAS** | 172,5 | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | 5.464.800 | | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | **$** 2.794.500 |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | DOS (2) MESES | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL 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**<br>**(Deben ser coherentes con las actividades especificas realizadas durante el mes)** |
|---|---|
| 1 | OBLIGACION 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 - Se realizaron visitas de caracterizacion, actualización y seguimiento a los usuarios asignados. - Se ejecutaron actividades de acuerdo con el plan de bienestar definido por el convenio |
| 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 - Se elaboró el cronograma mensual conforme a los lineamientos - Se registraron oportunamente todas las actividades ejecutadas. 2.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): - Cronograma mensual de actividades. - Informe mensual documentado. |
| 3 | OBLIGACIÓN 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 ACTIVIDADES DESARROLLADAS - Se atendieron las solicitudes de información de acuerdo con los anexos y lineamientos del convenio. - Se registraron visitas en GTAPS con oportunidad y calidad. 3.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS) - Registros de visitas cargados en GTAPS - Formatos y soportes entregados conforme a los requerimientos. |
| 4 | OBLIGACION 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 ESTANDARES DE HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD 4 1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS - Se participó en jornadas institucionales y acciones orientadas al mejoramiento continuo 4.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): - Actas de asistencia a las diferentes actividades desarrolladas. |
| 5 | OBLIGACION 5 REALIZAR APROPIACION 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 DESARROLLADAS - Se revisaron y estudiaron los lineamientos técnicos y anexos del convenio. - Se garantizó la comprensión de los procesos requeridos. 5.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS) - Registro de capacitaciones o actualizaciones técnicas - Evidencias de aplicación de los lineamientos |
| 6 | OBLIGACION 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 DESARROLLADAS. - Se brindó asistencia tecnica a los procesos transversales del convenio. - Se aplicaron conocimientos profesionales en las intervenciones 6.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): - Registros de asistencia técnica. - Documentos de aporte generados. |
| 7 | OBLIGACION 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 DESARROLLADAS - Se revisó la calidad y completitud de cada formato - Se organizaron y enviaron los informes segun lineamientos 7.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): - Formatos e informes entregados - Confirmacion de revision y alistamiento |
| 8 | OBLIGACION 8 PARTICIPAR Y GESTIONAR LOS ACERCAMIENTOS COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES QUE SE REQUIERAN, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE CADA PROCESO 8 1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS - Se realizaron acercamientos con líderes e instituciones - Se gestionó participación comunitaria. 8.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS). - Actas, fotos y listados de participacion - Evidencias de reuniones institucionales. |
| 9 | OBLIGACION 9 ACTIVAR Y NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERES EN SALUD PUBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES 9 1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS - Se identificaron riesgos y eventos de interés en salud pública. - Se notificaron segun protocolo 9 2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS) - Formatos de notificación. - Registros de activación de rutas |
| 10 | OBLIGACION 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 BASICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED 10 1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS - Se asistio a asistencias técnicas convocadas por SDS - Se aplicaron orientaciones recibidas 10 2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS) - Actas o registros de asistencia. - Evidencias de implementación |
| 11 | OBLIGACION 11 ORGANIZAR EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCION DOCUMENTAL 11 1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS - Se clasificó y organizó la documentación generada - Se aplicó la tabla de retención documental 11 2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS) - Archivo organizado - Relación documental o acta de entrega |
| 12 | OBLIGACION 12 REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN 12 1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS - Se atendieron requerimientos adicionales de supervisión. - Se apoyaron actividades complementarias 12.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS) - Soportes de actividades adicionales. - Comunicaciones entregadas |
| 13 | OBLIGACION 13 REALIZAR CARACTERIZACION SOCIODEMOGRAFICA A COMPLETITUD, CON CALIDAD Y VERACIDAD REALIZANDO LOS TAMIZAJES CORRESPONDIENTES SEGUN LINEAMIENTO EN EL DESARROLLO DE LA CARACTERIZACIÓN (APGAR, TOMA DE MEDIDAS ANTROPOMETRICAS SEGUN RESOLUCIÓN 1280-2018 OMS, FINDRISC, CUESTIONARIO DE EPOC Y PLANILLA DE FIRMAS), TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS SON SUJETOS DE AUDITORIA. 13 1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS - Se realizaron caracterizaciones completas conforme lineamientos - Se aplicaron tamizajes APGAR, antropometria, FINDRISC, EPOC, planillas. 13 2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): - Registros completos de caracterización - Tamizajes y planillas diligenciadas. |
| 14 | OBLIGACION 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 DESARROLLADAS - Se realizo el cargue diario en GTAPS dentro de 24 horas - Se asegure calidad del dato 14.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS) - Evidencias de registro en GTAPS - Bases actualizadas |
| 15 | OBLIGACION 15 PRESENTAR EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES E INSUMOS PREPARADOS (MAPAS BASE, MATRICES, CARTOGRAFÍA, DATOS CATASTRALES Y POBLACIONALES) 15 1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS - Se elaboró el cronograma territorial. - Se prepararon insumos requeridos 15 2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS) - Cronograma presentado - Mapas, matrices y cartografía lista. |
| 16 | OBLIGACION 16 PRESENTAR MAPA CON REGISTRO DEL EJERCICIO DE CARTOGRAFIA REALIZADO POR EL GESTOR MATRIZ DE INFORMACIÓN CUANTITATIVA Y CUALITATIVA, CON EL REGISTRO REALIZADO POR PARTE DEL GESTOR. 16 1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS - Se realizo recorrido territorial y levantamiento cartográfico - Se construyó matriz informativa 16.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS) - Mapa con registro - Matriz cuantitativa y cualitativa. |
| 17 | OBLIGACION 17 PARTICIPAR EN EL COMITÉ TERRITORIAL EN EL QUE PARTICIPA TODO EL EQUIPO REVISION Y ANALISIS DE INFORMACIÓN (CARTOGRAFIA, MATRIZ, INFORME Y CONCLUSIONES DE COMITÉ DE CUIDADO) 17 1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS - Se asistio a comités territoriales. - Se analizo cartografia, matrices e informes. 17.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): - Actas de comité - Conclusiones y reportes |
| 18 | OBLIGACION 18 REALIZAR EL REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES EN INSTRUMENTOS DEFINIDOS PARA CAPTURA DE INFORMACION CON CALIDAD (PLANILLA DE FAMILIAS CON CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ATENCIÓN INICIAL DESDE ABORDAJE TERRITORIAL, APLICATIVO EN LÍNEA DEFINIDO POR SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD) 18 1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS - Se diligenciaron planillas de familias con consentimiento - Se registraron actividades en aplicativo SDS. 18 2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS) - Planillas diligenciadas - Registros en el aplicativo |
| 19 | OBLIGACION 19 GESTIONAR Y ACTIVAR LOS RIESGOS EN SALUD IDENTIFICADOS CON OPORTUNIDAD A TRAVÉS DEL AGENDAMIENTO, ACTIVACIONES DE RUTA O FORMATOS DE NOTIFICACION DE EVENTOS DE INTERES EN SALUD PUBLICA SEGUN CORRESPONDA. 19 1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS - Se identificaron riesgos segun criterio profesional. - Se activaron rutas o realizaron notificaciones 19 2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): - Registros de activación. - Formatos de notificación. |
| 20 | OBLIGACION 20 CUMPLIR, SEGÚN SU PERFIL Y RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, CON TODAS LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL ANEXO TÉCNICO DEL CONVENIO MAS BIENESTAR VIGENTE, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED, ASÍ COMO CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y OPERATIVOS QUE DE ESTE SE DERIVEN. 20 1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS - Se ejecutaron actividades asignadas segun perfil - Se cumplió con metas y lineamientos 20 2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): - Evidencias de cumplimiento - Reportes y registros |

| III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS | | | |
|---|---|---|---|
| *SE VERIFICA QUE **H4** CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO EJECUTADO 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 (01/11/2025) AL (30/11/2025)

| IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | 91039385 | **OPERADOR:** | MI PLANILLA |
| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
| **SALUD:** | COMPENSAR | 12/11/2025 | $ 178.000 |
| **PENSIÓN:** | PROTECCIÓN | 12/11/2025 | $ 227.800 |
| **RIESGOS LABORALES:** | POSITIVA | 12/11/2025 | $ 34.700 |
| **OTRO** | | | |
| **TOTAL PAGADO** | | | $ 440.500 |

**V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA**

1 - Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro
2 - Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calcula 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.

**VI. ANEXOS**

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

Anexar evidencias fotograficas y/o documentales que soporten las acividades realizadas en el periodo correspondiente

| | |
|---|---|
| **NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA** | **DANIELA ALEJANDRA MONCADA PROAÑOS**<br>**CC No 1,001,284,056** |
| **FIRMA DE QUIEN VALIDA** | **SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA**<br>**SUPERVISOR ALTERNO** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:** | **ANTONIO [illegible] CABA SIERRA**<br>**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 | 1001284056 | DANIELA ALEJANDRA MONCADA PROAÑOS | CRA 18m 70a 87sur | 7925571 | moncada212002@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| UNICA | 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 | 12/11/2025 | 91039385 | $469.000 | |

## 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-23 | Positiva Seguros | 860011153-6 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 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 | 1 | 34.700 | 34.700 |
| CCF | 1 | 28.500 | 28.500 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 4 | 469.000 | 469.000 |

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 | 1001284056 | DANIELA ALEJANDRA MONCADA PROAÑOS | CRA 18m 70a 87sur | 7925571 | moncada212002@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| UNICA | 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 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | 1 | 0 |
| 2025-10 | 2025-10 | I | 12/11/2025 | 91038385 | TOTAL A PAGAR | |
| | | | | | $469 000 | |

## ETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres | Colombia | Extranjero | Extranjero Cotiz. Exterior | Extranjero Residente | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | FABOGUSCOM | 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 |
| CC | 1001284056 | MONCADA PROAÑOS DANIELA ALEJANDRA | 57 | 0 | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 1.423.500 | 227.808 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.423.500 | 178.000 | 14-23 | 1.423.500 | 3 | 34.700 | CCF24 | 1.423.500 | 28.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

Pago en

Compensar-oi

¿Cuánto?

$ 469.000,00

Fecha

11 de noviembre de 2025 a las 08:24 p. m.

Referencia

M18222938

VIGILADO Superintendencia financiera de Colombia

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

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad

**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_7375_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf | PS_7375_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf | Proveedor | Descargar |

Borrar Ca

Cancelar

< Evaluación de la Entidad