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: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**ASLITH CAMILA RINCON GALVIS**			**CC:**	**1074137023**
CORREO ELECTRÓNICO:	**camila.rincon.to@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3222385583**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 18 A 56 A 35 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488439468015**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 6951 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 262.200**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/01/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30**				

ASLITH CAMILA RINCON GALVIS
PS_6951_2025_D6892B

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ASLITH CAMILA RINCON GALVIS
CC: 1074137023
CEL: 3222385583

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			
ASLITH CAMILA RINCON GALVIS			
	CON C.C N°	**1.074.137.023**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA OCUPACIONAL 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 6951 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.195.200	**No. HORAS EJECUTADAS**	**12**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 17.622.120	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 262.200
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA		

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: 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: SE DESARROLLARON ACCIONES EN LA LOCALIDAD SANTA FE Y CANDELARIA DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA SECRETARÍA DE SALUD Y SE DA CUMPLIMIENTO CON LOS DIRECCIONAMIENTOS ESTABLECIDOS DESDE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO. 1.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): SOPORTES EN CARPETAS DE GESTIÓN DOCUMENTAL: ACTAS, FORMATOS Y REGISTRO DE BASES EN FORMATO DRIVE.
2	2. OBLIGACIÓN: PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR. 2.1 ACTIVIDADES: PRESENTAR EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DILIGENCIADO Y PROYECTADO SEGÚN LAS ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN LAS INSTITUCIONES. 2.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): SOPORTE EN MEDIO MAGNÉTICO: PLAN OPERATIVO CRONOGRAMA MENSUAL.
3	3. OBLIGACIÓN: 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: REALIZAR INTERVENCIONES EN LAS INSTITUCIONES, CON EL PROPÓSITO DE DAR CUMPLIMIENTO A LAS ACCIONES ESTABLECIDAS EN EL LINEAMIENTO CON ACTIVIDADES PROGRAMADAS Y DEFINIDAS. 3.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): SOPORTES EN CARPETAS DE GESTIÓN DOCUMENTAL: ACTAS, FORMATOS Y REGISTRO DE BASES EN FORMATO DRIVE, CARACTERIZACIONES, SESIONES COLECTIVAS.
4	4. OBLIGACIÓN: 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: DAR CUMPLIMIENTOS A LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS Y DEFINIDAS ACORDE AL OBJETO DEL CONTRATO DURANTE EL TIEMPO ESTIPULADO, TENIENDO EN CUENTA LOS LINEAMIENTOS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES EN LAS INSTITUCIONES. 4.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): ACTAS, FORMATOS, REGISTRO, CARACTERIZACIONES, REGISTROS EN BASES DRIVE, FORMATOS EN CARPETAS ORGANIZADOS POR LOCALIDAD Y PROCESO.
5	5. OBLIGACIÓN: CUMPLIR CON LA META, ACTIVIDADES Y/O PRODUCTOS PROGRAMADOS Y ASIGNADOS CON LA CALIDAD DEL DATO REQUERIDA (OPORTUNIDAD, CONSISTENCIA, EXACTITUD) DESDE SU PERFIL PROFESIONAL Y CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS QUE HAGAN PARTE DE LA RELACIÓN CONTRACTUAL ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 5.1 ACTIVIDADES: DAR CUMPLIMIENTO A LAS ACCIONES PROGRAMADAS Y REALIZAR LA ENTREGA DE LA META AL 100% ACORDE A LO REQUERIDO, TENIENDO EN CUENTA LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN Y EL QUEHACER PROFESIONAL DESDE TERAPIA OCUPACIONAL EN LAS INSTITUCIONES. 5.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): SOPORTES FÍSICOS DE ENTREGA SEMANAL (SESIONES COLECTIVAS, ACTAS, LISTADOS DE ASISTENCIA, CARACTERIZACIONES).
6	6. OBLIGACIÓN: 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: LECTURA Y APROPIACIÓN CONCEPTUAL DE LINEAMIENTOS, CAJA DE HERRAMIENTAS, FICHA TÉCNICA, VERIFICACIÓN DE TEMÁTICAS DISPUESTAS Y REQUERIDAS ACORDE A LA VIGENCIA ACTUAL. 6.2PRODUCTO (EVIDENCIA): ACTAS, LISTADOS DE ASISTENCIA Y SESIONES COLECTIVAS CON EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES ACORDE AL LINEAMIENTO.

7	7. OBLIGACIÓN: REALIZAR REVISIÓN Y RESPONDER POR LOS FORMATOS DE CAPTURA, DOCUMENTOS, BASES O INFORMES GENERADOS COMO RESULTADO DE LAS ACCIONES O INTERVENCIONES REALIZADAS DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS DE LOS ENTORNOS Y PROCESOS TRANSVERSALES DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO PSPIC. 7.1 ACTIVIDADES: ORGANIZAR CARPETAS CON FORMATOS DE SESIONES COLECTIVAS DONDE SE REGISTRA LA INFORMACIÓN DE USUARIOS, ACTAS DE DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD REALIZADA AL INTERIOR DE LAS INSTITUCIONES, CARACTERIZACIONES, FORMATOS DE ESCALA ABREVIADA DEL DESARROLLO, BASES O INFORMES GENERADOS DURANTE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS, TABLEROS DE CONTROL, INDICADORES Y TABLEROS POBLACIONALES. 7.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): DOCUMENTOS ORGANIZADOS EN CARPETAS DE GESTIÓN DOCUMENTAL ACORDE A INDICACIONES REQUERIDAS, ACTAS, FORMATOS DE SESIONES COLECTIVAS Y REGISTRO DE BASES.
8	8. OBLIGACIÓN: NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES. 8.1 ACTIVIDADES: IDENTIFICACIÓN Y NOTIFICACIÓN AL PROCESO DE CANALIZACIÓN A LOS USUARIOS QUE REQUIEREN ACCESO A SERVICIOS PARA DETECCIÓN TEMPRANA O PROCESOS DE DIAGNÓSTICO. 8.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): BASE DE SEGUIMIENTO CANALIZACIONES Y CORREO ELECTRÓNICO ANEXO FORMATO EXCEL DE CANALIZACIONES, ARCHIVO PLANO.
9	9. OBLIGACIÓN: ORGANIZAR EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL. 9.1 ACTIVIDADES: PRODUCTOS DEBIDAMENTE ORGANIZADOS Y ARCHIVADOS CON LA DOCUMENTACIÓN GENERADA, EN EL CUMPLIMIENTO DE SUS ACCIONES, DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL. 9.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): CARPETAS CON LOS DIFERENTES SOPORTES CORRESPONDIENTES AL PRODUCTO EJECUTADO.
10	10. OBLIGACIÓN: 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. 10.1 ACTIVIDADES: DESARROLLAR LAS ACCIONES DISPUESTAS Y ASIGNADAS COMO TERAPEUTA OCUPACIONAL, PARA LAS LOCALIDADES DE SANTA FE Y CANDELARIA SIGUIENDO LAS INDICACIONES DEL LINEAMIENTO Y DE LA REFERENTE A CARGO. 10.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES MENSUAL DONDE SE EVIDENCIA CADA ACCIÓN.
11	11. OBLIGACIÓN: 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. 11.1 ACTIVIDADES: DAR CUMPLIMIENTO A LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS CON CALIDAD DE LA INFORMACIÓN, REALIZANDO LA VERIFICACIÓN A LOS SOPORTES PARA CADA ENTREGA, CON UNA ADECUADA PREAUDITORIA Y ORGANIZANDO LOS SOPORTES ACORDE A LA FACTURA PARA LA PRESENTACIÓN DE LOS MISMOS. 11.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): SOPORTES ORGANIZADOS EN CARPETAS PARA LA PRESENTACIÓN DE LA AUDITORIA.
12	12. OBLIGACIÓN: REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN. 12.1 ACTIVIDADES: APOYO A LAS OBLIGACIONES ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO ACORDE A LO REQUERIDO 12.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): SOPORTES FÍSICOS, MEDIO MAGNÉTICO, LISADO DE ASISTENCIA Y ACTAS

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° 90879917-92410890	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/11/12	$ 217.700
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/12	$ 278.600
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/12	$ 42.500
OTRO			

TOTAL PAGADO	$ 538.800

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	*ASLITH CAMILA RINCON GALVIS* *PS_6951_2025_D6892B* **ASLITH CAMILA RINCON GALVIS** **CC: 1074137023**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*YOHNNY LIRIOLA HERNANDEZ GARCIA* *PS_6951_2025_D6892B* **YOHNNY LIRIOLA HERNANDEZ GARCIA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA* *PS_6951_2025_D6892B* **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **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	1074137023	ASLITH CAMILA RINCON GALVIS	Cra 18 b #84 -08 sur	3222385583	camila.rincon.to@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	
2025-10	2025-10	I	12/11/2025	90879917	$522.200	

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	210.700	0		0		0	2	300	0	211.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	269.600	0	0	0	0	2	400	0	270.000	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	41.100				41.100	2	100	41.200			411	41.200	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	210.700	211.000
Pensión	1	269.600	270.000
Riesgos Laborales	1	41.100	41.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	521.400	522.200

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	1074137023	ASLITH CAMILA RINCON GALVIS		Cra 18 b #84 -08 sur	3222385583	camila.rincon.to@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	
2025-10	2025-10	I	12/11/2025	90879917	$522.200	

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	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	1074137023	RINCON GALVIS ASLITH CAMILA	57	0			N																	230301	1.685.000	269.600	0	0	0	0	EPS008	1.685.000	210.700	14-11	1.685.000	3	41.100		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
1922026826

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
11/11/2025

Número de aprobación
00026826

Dirección IP
186.112.52.202

Valor transacción
$ 522.200,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
	CC	1074137023

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

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	1074137023	ASLITH CAMILA RINCON GALVIS	Cra 18 b #84 -08 sur	3222385583	camila.rincon.to@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
90879917	12/11/2025				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	N	16/12/2025	92410890	$18.000	

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	7.000	0		0		0	36	200	0	7.200	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	9.000	0	0	0	0	36	300	0	9.300	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	1.400				1.400	36	100	1.500			14	1.500	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	36	0	0	0
ICBF				
0	36	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	7.000	7.200
Pensión	1	9.000	9.300
Riesgos Laborales	1	1.400	1.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	17.400	18.000

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	1074137023	ASLITH CAMILA RINCON GALVIS		Cra 18 b #84 -08 sur	3222385583	camila.rincon.to@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
90879917	12/11/2025				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	N	16/12/2025	92410890	$18.000	

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	1074137023	RINCON GALVIS ASLITH CAMILA	57	0			N								X								230301	1.741.000	278.600	0	0	0	0	EPS008	1.741.000	217.700	14-11	1.741.000	3	42.500		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
2013187684

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
16/12/2025

Número de aprobación
00187684

Dirección IP
191.156.147.106

Valor transacción
$ 18.000,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
	CC	1074137023

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

< 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 6951 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 6951 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	PS 6951 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBE 2025.pdf (Archivado)	PS 6951 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6951 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 6951 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >