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 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:	**LEIDY JHOHANNA VARGAS REYES**			**CC:**	**1023876018**
CORREO ELECTRÓNICO:	**jhohannavargas02@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3138039212**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 2 I 37 D 09 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO CAJA SOCIAL**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24099888561**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 6855 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 4.195.200**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/01/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31**				

LEIDY JHOHANNA VARGAS REYES

PS_6855_2025_3B0FD1

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

LEIDY JHOHANNA VARGAS REYES

CC: 1023876018

CEL: 3138039212

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			
LEIDY JHOHANNA VARGAS REYES			
	CON C.C N°	**1.023.876.018**	
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 6855 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.195.200	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 16.780.800	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4.195.200
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
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. OBLIGACION: 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: SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS EN EL LINEAMIENTO CORRESPONDIENTES A LOS PRODUCTOS 92 EDUCATIVAS, 93 RECORRIENDO TU BARRIO, 94 TEJIENDO REDES Y 95 ASESORÍAS PSICOSOCIALES DISTRIBUIDAS EN LAS SEIS LOCALIDADES DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE. 1.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): FICHAS TÉCNICAS, LISTADO DE SESIONES COLECTIVAS, ENCUESTAS DE PERCEPCIÓN, INFORME Y MATRIZ DE MONITOREO
2	2. OBLIGACION: PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR. 2.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: SE REALIZÓ LA ENTREGA DEL CRONOGRAMA DEL MES DE DICIEMBRE 2025 2.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): FORMATO DE CRONOGRAMA SUBIDO AL DRIVE
3	3. OBLIGACION: 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 EJECUTARON LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS EN EL LINEAMIENTO CORRESPONDIENTES A LOS PRODUCTOS 92 SESIONES EDUCATIVAS, 93 RECORRIENDO TU BARRIO, 94 TEJIENDO REDES Y 95 ASESORÍAS PSICOSOCIALES DISTRIBUIDAS EN LAS SEIS LOCALIDADES DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE. DANDO CUMPLIMIENTO AL PLAN DE ACCIÓN PROYECTADO. 3.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): FICHAS TÉCNICAS, LISTADO DE SESIONES COLECTIVAS, ENCUESTAS DE PERCEPCIÓN, INFORME Y MATRIZ DE MONITOREO.
4	4. OBLIGACION: 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 DESARROLLADAS: SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS EN EL LINEAMIENTO CORRESPONDIENTES A LOS PRODUCTOS 92 SESIONES EDUCATIVAS, 93 RECORRIENDO TU BARRIO, 94 TEJIENDO REDES Y 95 ASESORÍAS PSICOSOCIALES DISTRIBUIDAS EN LAS SEIS LOCALIDADES DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE. DANDO CUMPLIMIENTO AL PLAN DE ACCIÓN PROYECTADO. 4.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): FICHAS TÉCNICAS, LISTADO DE SESIONES COLECTIVAS, ENCUESTAS DE PERCEPCIÓN, INFORME Y MATRICES.
5	5. OBLIGACION: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 DESARROLLADAS: SE DA CUMPLIMIENTO A LOS PRODUCTOS ESTABLECIDOS EN EL LINEAMIENTO CORRESPONDIENTES A LOS PRODUCTOS 92 SESIONES EDUCATIVAS, 93 RECORRIENDO TU BARRIO, 94 TEJIENDO REDES Y 95 ASESORÍAS PSICOSOCIALES DISTRIBUIDAS EN LAS SEIS LOCALIDADES DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE. DANDO CUMPLIMIENTO AL PLAN DE ACCIÓN PROYECTADO. 5.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): FICHAS TÉCNICAS, LISTADO DE SESIONES COLECTIVAS, ENCUESTAS DE PERCEPCIÓN, INFORME Y MATRIZ DE MONITOREO.
	6. OBLIGACION: 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 HIZO LA CORRESPONDIENTE REVISIÓN DEL LINEAMIENTO OPERATIVO HACIENDO ÉNFASIS EN LAS FICHAS TÉCNICAS DE LOS PRODUCTOS 92 SESIONES EDUCATIVAS, 93 RECORRIENDO TU BARRIO, 94 TEJIENDO REDES Y 95 ASESORÍAS

6	PSICOSOCIALES, INCLUIDO LA CAJA DE HERRAMIENTAS Y FORMATOS, ADICIONALES. 6.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): ACTA
7	7. OBLIGACION: 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 DESARROLLADAS: DURANTE EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES SE HIZO EL CORRESPONDIENTE DILIGENCIAMIENTO DE FORMATOS COMO ACTAS, FORMATO DE SESIONES COLECTIVAS, FICHAS TÉCNICAS Y ENCUESTAS DE PERCEPCIÓN DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS Y CAJA DE HERRAMIENTAS, LOS CUALES REPOSAN EN EL ARCHIVO DEL ENTORNO. 7.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): FICHAS TÉCNICAS, LISTADO SESIONES COLECTIVAS, ENCUESTAS DE PERCEPCIÓN Y ACTAS
8	8. OBLIGACION: NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES. 8.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: DURANTE EL PRESENTE MES NO SE IDENTIFICARON EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA EN LAS INTERVENCIONES. 8.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): NINGUNO
9	9. OBLIGACION: ORGANIZAR EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL. 9.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: SE PARTICIPA EN JORNADA DE GESTIÓN DOCUMENTAL, PENDIENTE DIRECCIONAMIENTO PARA LA DISTRIBUCIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LOS PRODUCTOS. 9.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): CAJAS Y CARPETAS
10	10. OBLIGACION: 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 DESARROLLADAS: SE REALIZAN CANALIZACIONES A LAS RIAS SEGÚN NECESIDAD 10.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS) FORMATOS DE CANALIZACIÓN DILIGENCIADOS Y ENVIADOS AL CORREO INSTITUCIONAL RECEPCION2RUTASPIC@SUBREDCENTROORIENTE.GOV.CO Y SALUDMENTALPYA@SUBREDCENTROORIENTE.GOV.CO
11	11. OBLIGACION: 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 DESARROLLADAS: SE GENERAN LOS SOPORTES TENIENDO EN CUENTA EL PROCESO DE AUTOCONTROL, CALIDAD DEL DATO, VERACIDAD, PERTENENCIA TÉCNICA, DANDO RESPUESTA AL DOCUMENTO OPERATIVO Y DEMÁS OBLIGACIONES CONTRACTUALES; ASI COMO, SE GARANTIZA EL ALISTAMIENTO OPORTUNO DE LOS PRODUCTOS DEL MES DE OCTUBRE PARA EL PROCESO DE SEGUIMIENTO Y/O INTERVENTORÍA. 11.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): FICHAS TÉCNICAS, FORMATOS DE SESIONES COLECTIVAS, ACTAS, ENCUESTAS DE PERCEPCIÓN Y DRIVE ACTUALIZADO.
12	12. OBLIGACION: 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. 12.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: SE PARTICIPA EN LA ASISTENCIA TÉCNICA, REUNIÓN LOCALIDAD LOS MÁRTIRES, PREAUDITORIAS Y DIRECCIONAMIENTO TÉCNICO CONVOCADOS POR PS-PIC 12.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): ACTAS DE REUNIÓN.

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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 91449529	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/12/10	$ 209.800
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/12/10	$ 268.500
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/12/10	$ 40.900
OTRO			

TOTAL PAGADO	$ 519.200

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	*LEIDY JHOHANNA VARGAS REYES* *PS_6855_2025_3B0FD1* **LEIDY JHOHANNA VARGAS REYES** **CC: 1023876018**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN* *PS_6855_2025_3B0FD1* **JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA* *PS_6855_2025_3B0FD1* **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	1023876018	LEIDY JHOHANNA VARGAS REYES	KR 2 i # 37 d 09 SUR	2077810	jhohannavargas@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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	10/12/2025	91449529	$555.100	

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	209.800	0		0		0	6	800	0	210.600	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	268.500	0	0	0	0	6	1.100	0	269.600	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	40.900				40.900	6	200	41.100			409	41.100	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	33.600	6	200	33.800	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	6	0	0	0
ICBF				
0	6	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	209.800	210.600
Pensión	1	268.500	269.600
Riesgos Laborales	1	40.900	41.100
CCF	1	33.600	33.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	552.800	555.100

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	1023876018	LEIDY JHOHANNA VARGAS REYES	KR 2 i # 37 d 09 SUR	2077810	jhohannavargas@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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	10/12/2025	91449529	$555.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza Exterior	Encontrab	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	RL	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	1023876018	VARGAS REYES LEIDY JHOHANNA	59	0			N																	230201	1.678.080	268.500	0	0	0	0	EPS008	1.678.080	209.800	14-7	1.678.080	3	40.900	CCF24	1.678.080	33.600	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Banco Caja Social
Su banco amigo.

UNA EMPRESA DE FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL



¡Transacción exitosa!

Pago sujeto a aprobación. Para concluir, por favor seleccione la opción “Regresar al comercio” y verifique el estado final de la transacción. Si tiene algún inconveniente, comuníquese con la entidad con la que liquidó su planilla o con el comercio desde el cual está realizando la compra o pago.

Fecha y hora: 10 diciembre 2025 01:02 p.m.
Dirección IP: 191.156.124.24
Número de transacción: APII5344325389749593
Número de confirmación: 60aa4342534c

Cuenta Origen: Cuentamiga *******8561
Comercio: COMPENSAR-OI
Nit del comercio: 9998600669427
Código del servicio: 99000

Referencia de Pago: 91449529
REFERENCIA 1:
REFERENCIA 2: CC
REFERENCIA 3: 1023876018

Código de la transacción (CUS): 1996608886
Fecha de la solicitud: 10 diciembre 2025
Ciclo de la transacción: 4

Valor: $ 555.100,00
Descripción de la transacción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor del impuesto: $ 0,00