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:	**YIRLEY CARRERA SOTELO**			**CC:**	**52835957**
CORREO ELECTRÓNICO:	**y.carrerats07@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3125080195**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 80 BIS 7A 15**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO CAJA SOCIAL**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24099414542**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 6908 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**				

YIRLEY CARRERA SOTELO
PS_6908_2025_4CA1CF

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
YIRLEY CARRERA SOTELO
CC: 52835957
CEL: 3125080195

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			
YIRLEY CARRERA SOTELO			
	CON C.C N°	**52.835.957**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN TRABAJO SOCIAL 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 6908 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.195.200	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 24.624.000	**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. 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 desarrolladas. Participación en reuniones asignadas, así como las acciones y actividades designadas al perfil de trabajo social en el proceso asignado por medio de la implementación de actividades como recorriendo tu barrio con más bienestar, sesiones educativas, tejiendo redes con más bienestar, circulas del cuidado y acompañamientos solidarios para del mes de diciembre de 2025. 1.2. Producto o evidencia. Fichas técnicas que reposa en el Drive compartido de la localidad. Actas en físico que reposan en las carpetas físicas del archivo y formatos de sesiones colectivas que reposan en carpeta física en la localidad para el mes de diciembre de 2025
2	2. obligación. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2.1. Actividades desarrolladas. Elaboración de cronograma mensual para el perfil de Trabajo Social de actividades ejecutadas durante el mes de diciembre de 2025. 2.2. Producto o evidencia. Cronograma presentado en el Drive de la localidad Rafael Uribe Uribe para el mes de diciembre.
3	3. obligación. Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes que se solicitan conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred.3.1. Actividades desarrolladas. Se realizó apoyo a las actividades del PSPIC que están sujetas al objeto contractual presentando la información y soportes que se solicitan desde el perfil de trabajo social para el mes de diciembre de 2025. 3.2 Producto o evidencia. Se presentan las Fichas técnicas que reposan en el Drive compartido de la localidad. Actas en físico que se encuentran archivadas en las carpetas, formatos de sesiones colectivas que se encuentran en las carpetas físicas en la localidad para el mes de diciembre.
4	4. obligación. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planos de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud. 4.1. Actividades desarrolladas. Participación en reuniones asignadas, así como las acciones y actividades designadas al perfil de trabajo social en el proceso asignado por medio de la implementación de actividades como recorriendo tu barrio con más bienestar, sesiones educativas, tejiendo redes con más bienestar, circulas del cuidado y acompañamientos solidarios para del mes de diciembre de 2025. 4.2. Producto o evidencia. Actas entregadas y archivadas en las carpetas físicas, formatos de sesiones colectivas en el mes de diciembre organizados en carpetas físicas.
5	5. obligación. Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad del dato requerido (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 realizaron las acciones requeridas para los procesos asignados acorde a las metas asignadas para el equipo donde se entregaron los soportes semanales para digitación a GESI conforme a lo requerido en los lineamientos técnicos para el mes de diciembre 2025. 5.2. Producto o evidencia. Actas organizadas que reposan en las carpetas de las localidades y formatos de sesiones colectivas mes de organizados en físico en las carpetas para el mes de diciembre de 2025
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 desarrolladas. Revisión del Documento Operativo y las fichas técnicas como proceso de apropiación conceptual frente a las acciones a realizar, para dar cumplimiento a los productos del equipo mujer en la localidad Rafael Uribe Uribe en el mes de diciembre de 2025. 6.2. Producto o evidencia. Actas de apropiación conceptual elaboradas y entregadas a la referencia local, las cuales reposan en la carpeta respectiva.
	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 desarrolladas. Se realiza la revisión de los formatos diligenciados y entregados como soporte de las acciones realizadas por el perfil de trabajo social acciones conforme a lo solicitado en la ejecución de las acordes a los lineamientos y fichas técnicas para el mes de diciembre de 2025 7.2. Producto o evidencia. Formatos de sesiones colectivas revisadas, organizadas, ajustadas y organizadas en las carpetas que

7	reposan en físico. Actas revisadas y organizadas en las carpetas de las localidades así como las fichas técnicas revisadas y que reposan en el Drive de la localidad.
8	8. obligación. Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones.8.1. Actividades desarrolladas. Se realizarán las notificaciones pertinentes requeridas acorde a los eventos detectados en las acciones realizadas durante el mes de diciembre de 2025 8.2. Producto o evidencia. Formatos de notificación realizados y enviados por correo electrónico para el mes de diciembre
9	9. obligación. Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 9.1. Actividades desarrolladas. Se realiza gestión documental de conformidad a las directrices realizadas por el líder y de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental para el mes de diciembre de 2025. 9.2. Producto o evidencia. Diligenciamiento de acta y entrega de archivo mes de diciembre de acuerdo a la preauditoria revisada para el mes de diciembre de 2025
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 Pública, GESI, ACCVSyE, Notificación de EISP y Participación Social. 10.1 Actividades desarrolladas. Se realiza proceso de canalización de acuerdo a las necesidades priorizadas e identificadas en el mes de diciembre de 2025. 10.2. Producto o evidencia. Formatos de canalizaciones enviados al correo respectivo de la localidad para el mes de diciembre de 2025.
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 causales 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, pertinencia técnica, dando respuesta al documento operativo y demás obligaciones contractuales; así como se garantiza el alistamiento oportuno de los productos del mes de octubre para el proceso de seguimiento y/o interventoría. 11.2. Producto o evidencia. Alistamiento de productos para proceso de seguimiento e interventoría del mes de diciembre de 2025.
12	12. obligación. Realizar las demás obligaciones que se relacionan 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. Dar cumplimiento a las demás obligaciones que se relacionan con el objeto del contrato de acuerdo a lo requerido por parte de la subred centro oriente ESE, correspondiente al mes de diciembre de 2025. 12.2. Producto o evidencia. Todos los soportes correspondientes al cumplimiento de la actividad que reposan en archivos digitales en el Drive de la localidad y/o en carpetas físicas para el mes de diciembre de 2025.

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° 91448705-92285373-92348228	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/12/15	$ 614.600
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/12/15	$ 786.700
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/15	$ 119.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 1.521.100

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	*YIRLEY CARRERA SOTELO* *PS_6908_2025_4CA1CF* **YIRLEY CARRERA SOTELO** **CC: 52835957**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*CLAUDIA IRENE SEGURA VERA* *PS_6908_2025_4CA1CF* **CLAUDIA IRENE SEGURA VERA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA* *PS_6908_2025_4CA1CF* **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	52835957	YIRLEY CARRERA SOTELO	CR 80 Bis No. 7 A 15	6797142	yirley07@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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	13/11/2025	91448705	$811.100	

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	307.800	0		0		0	0	0	0	307.800	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	394.000	0	0	0	0	0	0		394.000	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	60.000				60.000	0	0	60.000			600	60.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	49.300	0	0	49.300	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	307.800	307.800
Pensión	1	394.000	394.000
Riesgos Laborales	1	60.000	60.000
CCF	1	49.300	49.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	811.100	811.100

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	52835957	YIRLEY CARRERA SOTELO		CR 80 Bis No. 7 A 15	6797142	yirley07@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	13/11/2025	91448705	$811.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornudo	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	52835957	CARRERA SOTELO YIRLEY	59	0			N																	25-14	2.462.400	394.000	0	0	0	0	EPS008	2.462.400	307.800	14-11	2.462.400	3	60.000	CCF24	2.462.400	49.300	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: 12 noviembre 2025 11:16 p.m.
Dirección IP: 103.219.169.183
Número de transacción: APII5316323007352631
Número de confirmación: 26547faee1dc

Cuenta Origen: Cuentamiga *******4542
Comercio: COMPENSAR-OI
Nit del comercio: 9998600669427
Código del servicio: 99000

Referencia de Pago: 91448705
REFERENCIA 1:
REFERENCIA 2: CC
REFERENCIA 3: 52835957

Código de la transacción (CUS): 1924995000
Fecha de la solicitud: 12 noviembre 2025
Ciclo de la transacción: 1

Valor: $ 811.100,00
Descripción de la transacción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor del impuesto: $ 0,00

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	52835957	YIRLEY CARRERA SOTELO	CR 80 Bis No. 7 A 15	6797142	yirley07@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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	11/12/2025	92285373	$805.000	

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	305.500	0		0		0	0	0	0	305.500	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	391.000	0	0	0	0	0	0		391.000	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	59.600				59.600	0	0	59.600			596	59.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	48.900	0	0	48.900	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	305.500	305.500
Pensión	1	391.000	391.000
Riesgos Laborales	1	59.600	59.600
CCF	1	48.900	48.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	805.000	805.000

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
CC	52835957	YIRLEY CARRERA SOTELO		CR 80 Bis No. 7 A 15	6797142	yirley07@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	
2025-11	2025-11	I	11/12/2025	92285373	$805.000	

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	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	52835957	CARRERA SOTELO YIRLEY	59	0			N																	25-14	2.443.704	391.000	0	0	0	0	EPS008	2.443.704	305.500	14-11	2.443.704	3	59.600	CCF24	2.443.704	48.900	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 09:05 p.m.
Dirección IP: 186.29.32.132
Número de transacción: APII5344325418743328
Número de confirmación: 75fb9bc6b391

Cuenta Origen: Cuentamiga *******4542
Comercio: COMPENSAR-OI
Nit del comercio: 9998600669427
Código del servicio: 99000

Referencia de Pago: 92285373
REFERENCIA 1:
REFERENCIA 2: CC
REFERENCIA 3: 52835957

Código de la transacción (CUS): 1998210992
Fecha de la solicitud: 10 diciembre 2025
Ciclo de la transacción: 1

Valor: $ 805.000,00
Descripción de la transacción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor del impuesto: $ 0,00

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	52835957	YIRLEY CARRERA SOTELO	CR 80 Bis No. 7 A 15	6797142	yirley07@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
92285373	11/12/2025				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	N	15/12/2025	92348228	$3.400	

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	1.300	0		0		0	0	0	0	1.300	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.700	0	0	0	0	0	0		1.700	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	200				200	0	0	200			2	200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	200	0	0	200	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	1.300	1.300
Pensión	1	1.700	1.700
Riesgos Laborales	1	200	200
CCF	1	200	200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	3.400	3.400

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	52835957	YIRLEY CARRERA SOTELO	CR 80 Bis No. 7 A 15	6797142	yirley07@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
92285373	11/12/2025	N	15/12/2025	92348228	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11				$3.400	

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	Estornudo	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	52835957	CARRERA SOTELO YIRLEY	59	0			N																	25-14	2.454.200	392.700	0	0	0	0	EPS008	2.454.200	306.800	14-11	2.454.200	3	59.800	CCF24	2.454.200	49.100	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: 12 diciembre 2025 07:31 p.m.
Dirección IP: 186.31.144.191
Número de transacción: APII5346325585866832
Número de confirmación: 4dd9f9f18d70

Cuenta Origen: Cuentamiga *******4542
Comercio: COMPENSAR-OI
Nit del comercio: 9998600669427
Código del servicio: 99000

Referencia de Pago: 92348228
REFERENCIA 1:
REFERENCIA 2: CC
REFERENCIA 3: 52835957

Código de la transacción (CUS): 2003706286
Fecha de la solicitud: 12 diciembre 2025
Ciclo de la transacción: 1

Valor: $ 3.400,00
Descripción de la transacción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor del impuesto: $ 0,00

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 6908 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 6908 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6908 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES OCTUBRE 2025.pdf	PS 6908 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6908 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 6908 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >