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:	**VIVIANA FANERI TOVAR REAL**			**CC:**	**1022331998**
CORREO ELECTRÓNICO:	**vivianatovareal@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3138876824**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 69 BIS A SUR 88 J 45**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO AV VILLAS**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**027997282**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 6901 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.024.640**
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**				

VIVIANA FANERI TOVAR REAL
PS_6901_2025_04C584

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
VIVIANA FANERI TOVAR REAL
CC: 1022331998
CEL: 3138876824

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			
VIVIANA FANERI TOVAR REAL			
	CON C.C N°	**1.022.331.998**	
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 6901 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.195.200	**No. HORAS EJECUTADAS**	**89**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 23.502.696	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.024.640
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 intervenciones basadas en el plan de intervenciones colectivas y así mismo, desarrollar acciones para la localidad de Antonio Nariño de acuerdo con los lineamientos establecidos. 1.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Fichas técnicas, formatos de sesiones colectivas, encuestas de percepción, registro en drive base poblacional, matriz de jornadas que se encuentran en las carpetas físicas correspondientes a las localidades de Santa fe, San Cristóbal, Mártires, Candelaria y Rafael Uribe y las matrices en el drive del correo.
2	2. OBLIGACION: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se diligencio del cronograma mensual en el mes de noviembre en el que se consignaran actividades programadas durante el mes siguiente acorde a las acciones establecidas en el lineamiento. 2.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Soporte en medio magnético: cronograma mensual en el drive del correo de la localidad de Antonio Nariño.
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 implementaron acciones de fortalecimiento comunitario y social (RED) frente a las diferentes temáticas en salud, según necesidades en las localidades pertenecientes a la Subred. 3.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Fichas técnicas, formatos de sesiones colectivas, encuestas de percepción, registro en drive base poblacional, matriz de jornadas que se encuentran en las carpetas físicas correspondientes a las localidades de Santa fe, San Cristóbal, Mártires, Candelaria y Rafael Uribe y las matrices en el drive del correo.
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 implementaron acciones sesiones educativas más bienestar frente a las diferentes temáticas en salud, así como recorriendo tu barrio para más bienestar según necesidades en las localidades pertenecientes a la Subred. 4.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Fichas técnicas, formatos de sesiones colectivas, encuestas de percepción, registro en drive base poblacional, matriz de jornadas que se encuentran en las carpetas físicas correspondientes a las localidades de Santa fe, San Cristóbal, Mártires, Candelaria y Rafael Uribe y las matrices en el drive del correo.
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 generaron las acciones de educación en zonas de rumba, Circulas, red de fortalecimiento y acompañamientos solidarios de acuerdo a lineamientos. 5.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Fichas técnicas, formatos de sesiones colectivas, encuestas de percepción, registro en drive base poblacional, matriz de jornadas que se encuentran en las carpetas físicas correspondientes a las localidades de Santa fe, San Cristóbal, Mártires, Candelaria y Rafael Uribe y las matrices en el drive del correo.
6	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: Acatar aclaraciones, acorde a lo establecido en los lineamientos estipulados durante la vigencia en curso. 6.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Reunión de direccionamiento técnico.
	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 con los lineamientos técnicos de los entornos y procesos transversales del convenio Interadministrativo PSPIC. 7.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizó matriz de jornadas para el conocimiento de la meta y actividades realizadas durante la ejecución de las actividades propuestas en el mes de noviembre, realizando entrega de los soportes que se generaron, de acuerdo con los lineamientos establecidos, soporte de documentos operativos, caja de herramientas, alistamiento de preauditoria. 7.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Fichas técnicas, formatos de sesiones colectivas, encuestas de percepción, registro en drive base poblacional,

7	matriz de jornadas que se encuentran en las carpetas físicas correspondientes a las localidades de Santa fe, San Cristóbal, Mártires, Candelaria y Rafael Uribe y las matrices en el drive del correo.
8	8. OBLIGACION: Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 8.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizo proceso de activación de rutas, según necesidad en salud encontradas en los diferentes usuarios, donde se relacionan de la siguiente manera: 1_Ruta De Promoción Y Mantenimiento De La Salud (2). 8.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de canalizaciones en salud que se envió al correo.
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 realiza la gestión documental, de acuerdo a directriz del líder de la localidad de Antonio Nariño y conforme a los anexos de lineamientos técnicos. 9.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta.
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 ejecutaron sesiones educativas, tejiendo redes más bienestar y canalizaciones a necesidad. 10.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Fichas técnicas, formatos de sesiones colectivas, encuestas de percepción, registro en drive base poblacional, matriz de jornadas que se encuentran en las carpetas físicas correspondientes a las localidades de Santa fe, San Cristóbal, Mártires, Candelaria y Rafael Uribe y las matrices en el drive del correo.
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 dio cumplimiento a la participación de cada una de las actividades desarrolladas, en cada uno de los espacios y/o procesos transversales de acuerdo a los lineamientos del Contrato PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 11.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Entrega tanto de soportes físicos, como virtuales para el cumplimiento de las actividades establecidas según, cronograma y obligaciones contractuales.
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 DESARROLLAS Se entregan los soportes de encuestas, sesiones colectivas y drive del producto 49 Vive la noche con bienestar y seguridad vial, según los lineamientos de la secretaria de salud. 12.2 PRODUCTO (EVIDENCIA) Formatos de sesiones colectiva, formatos de encuestas y matriz de concertaciones que se encuentran en las carpetas físicas correspondientes a las localidades de Santa fe, Mártires, San Cristobla, Candelaria y Rafael Uribe y las matrices en el drive del correo.

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° 91443621	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/11/13	$ 286.700
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/11/13	$ 366.900
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/11/13	$ 55.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 709.500

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)
3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

VII. ANEXOS

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

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	*VIVIANA FANERI TOVAR REAL* *PS_6901_2025_04C584* **VIVIANA FANERI TOVAR REAL** **CC: 1022331998**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*KATERINE ANDREA OSPINA DIAZ* *PS_6901_2025_04C584* **KATERINE ANDREA OSPINA DIAZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA* *PS_6901_2025_04C584* **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	1022331998	VIVIANA FANERI TOVAR REAL	CLL 69 BIS A SUR NUMERO 88 J 45	7850215	vivianatovareal@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	91443621	$754.100	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	286.200	0		0		0	0	0	0	286.200	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
231001	Colfondos	800227940-6	366.300	0	0	0	0	0	0		366.300	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	55.800				55.800	0	0	55.800			558	55.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	45.800	0	0	45.800	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	286.200	286.200
Pensión	1	366.300	366.300
Riesgos Laborales	1	55.800	55.800
CCF	1	45.800	45.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	754.100	754.100

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
CC	1022331998	VIVIANA FANERI TOVAR REAL		CLL 69 BIS A SUR NUMERO 88 J 45	7850215	vivianatovareal@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	13/11/2025	91443621	$754.100	

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	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	1022331998	TOVAR REAL VIVIANA FANERI	59	0			N																	231001	2.289.120	366.300	0	0	0	0	EPS005	2.289.120	286.200	14-23	2.289.120	3	55.800	CCF24	2.289.120	45.800	0	0	0	0	0

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	1022331998	VIVIANA FANERI TOVAR REAL	CLL 69 BIS A SUR NUMERO 88 J 45	7850215	vivianatovareal@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
91443621	13/11/2025				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	N		92416462	$1.700	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	500	0		0		0	20	100	0	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
231001	Colfondos	800227940-6	600	0	0	0	0	20	100	0	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	100				100	20	100	200			1	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	100	20	100	200	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	20	0	0	0
ICBF				
0	20	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	500	600
Pensión	1	600	700
Riesgos Laborales	1	100	200
CCF	1	100	200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	1.300	1.700

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	1022331998	VIVIANA FANERI TOVAR REAL	CLL 69 BIS A SUR NUMERO 88 J 45	7850215	vivianatovareal@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
91443621	13/11/2025				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	N		92416462	$1.700	

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	1022331998	TOVAR REAL VIVIANA FANERI	59	0			N																	231001	2.293.000	366.900	0	0	0	0	EPS005	2.293.000	286.700	14-23	2.293.000	3	55.900	CCF24	2.293.000	45.900	0	0	0	0	0

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

Tu pago con CUS 2013896212 en COMPENSAR-OI - MiPlanilla.com Pago Proteccion Social fue aprobado

No. de autorización

52523275

Valor	$1.700
Impuesto	$0
Desde	Ahorros No. **** 7282
Hacia	Compensar-oi - Miplanilla.com Pago Proteccion Social - Pedido o Factura No. 92416462
Fecha	16/12/2025 Hora: 04:03 PM
Estado de la Transacción	Aprobado
Referencias adicionales	CC 1022331998
IP de origen	191.156.50.144

Si tienes dudas nos puedes contactar de la siguiente forma:

Línea nacional: +57 01 8000 51 8000

AV Villas

Tu pago con CUS 1925354598 en COMPENSAR-OI - MiPlanilla.com Pago Proteccion Social fue aprobado

No. de autorización

52525591

Valor	$754.100
Impuesto	$0
Desde	Ahorros No. **** 7282
Hacia	Compensar-oi - Miplanilla.com Pago Proteccion Social - Pedido o Factura No. 91443621
Fecha	13/11/2025 Hora: 09:01 AM
Estado de la Transacción	Aprobado
Referencias adicionales	CC 1022331998
IP de origen	181.61.246.182

Si tienes dudas nos puedes contactar de la siguiente forma:

Línea nacional: +57 01 8000 51 8000

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 6901 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE.pdf (Archivado)	PS 6901 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6901 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 6901 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6901 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES OCTUBRE 2025.pdf	PS 6901 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6901 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 6901 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >