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:	**ALEXANDRA FUENTES BAQUERO**			**CC:**	**1032383555**
CORREO ELECTRÓNICO:	**alexafb87@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3132670482**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 31 D 2B 02 AP 301**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**009070305215**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7192 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**				

ALEXANDRA FUENTES BAQUERO
PS_7192_2025_D0007B

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ALEXANDRA FUENTES BAQUERO
CC: 1032383555
CEL: 3132670482

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			
ALEXANDRA FUENTES BAQUERO			
	CON C.C N°	**1.032.383.555**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO NUTRICIONISTA 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 7192 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.195.200	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 17.008.800	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4.195.200
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON		

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: Se realiza el diligenciamiento del formulario de seguimiento bajo peso a nacer a término de la base de EEVV. Se brinda educación alimentaria y nutricional a los casos intervenidos, promoviendo la lactancia materna, estilo de vida saludable, vacunación, signos de alarma. Se identifican posibles barreras de atención de acceso y demoras en la salud 1.2 Producto (evidencia) https://forms.office.com/Pages/DesignPageV2.aspxsubpage=design&token=29c110c5950c45a7ab7e066eb6857050&id=PhixStZ1h0u0tb_LlowdVxSw9UGuiL1FobtrVargj8xUN1hPN0FIRk80TlNDN0JDVDEzTkFRU1Y1QS4u
2	2. Obligación: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2.1 Actividades desarrolladas Elaboración, entrega y actualización del cronograma de DICIEMBRE a diario de acuerdo con lo ejecutado y proyección del plan de trabajo del mes de ENERO 2.2 Producto (evidencia) https://subredcentroorientemy.sharepoint.com/:x:/r/personal/givspcentrooriente_subredcentrooriente_gov_co/_layouts/15/Doc.aspxsourcedoc=%7BB8F21CF5B8154BB695050EBFE02B8520%7D&file=CRONO_DICIEMBRE_2025.xlsm&action=default&mobileredirect=true&DefaultItemOpen=1&web=1
3	3 Obligación: Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o apoyos 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 realiza el diligenciamiento del formulario de seguimiento bajo peso a nacer a término de la base de EEVV. Se brinda educación alimentaria y nutricional a los casos intervenidos, promoviendo la lactancia materna, un estilo de vida saludable, la vacunación y los signos de alarma. Se identifican posibles barreras de atención, acceso y demoras en la salud. 3.2 Producto (evidencia) https://forms.office.com/Pages/DesignPageV2.aspxsubpage=design&token=29c110c5950a7ab7e066eb6857050&id=PhixStZ1h0u0tb_LlowdVxSw9UGuiL1FobtrVargj8xUN1hPN0FIRk80TlNDN0JDVDEzTkFRU1Y1QS4u
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 Se asiste a la reunión de área VSP, reunión de Equipo SISVAN (presencial). Reunión del comité mesa SAN (presencial) y reuniones de fortalecimiento, programa ampliado de inmunizaciones, fortalecimiento de lineamientos, Balance De Cierre SISVAN 2025 4.2 Producto(evidencia)172.26.33.40sivigila2025A$250_46_8_SISVAN1_GESTION_INFORMACION6_SEGUIMIENTO_PRODUCTOS11_NOVIEMBREPROFESIONALES https://subredcentroorientemy.sharepoint.com/:x:/r/personal/givspcentrooriente_subredcentrooriente_gov_co/_layouts/15/Doc.aspxsourcedoc=%7B98EB1AD4-AF61-4A9F-8E50-1B1DA5510474%7D&file=ALEXANDRA%20FUENTES%20BAQUERO.xlsx&action=default&mobileredirect=true
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 hacen parte de la relación contractual entre el FDS y la Subred. 5.1 Actividades desarrolladas Envió quincenalmente a las UPGD el reporte de los casos no concordantes obtenidos al cruzar mediante el número de identificación, los casos de menores de 5 años clasificados en la base de datos SISVAN con desnutrición aguda y que no aparecen notificados en la base de datos del SIVIGILA evento1135.2Producto(evidencia)https://saludcapitalgovcomy.sharepoint.com/:x:/r/personal/sisvandistrital_saludcapital_gov_co/_layouts/15/doc2.aspx?sourcedoc=%7B6A30E578-3977-4F2D-850B-4DBBF25EE5F8%7D&file=10._FOR_BAI_VSP.xlsx&action=default&mobileredirect=true

6	Obligación: Realizar la 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 Apropiación conceptual de lineamientos para la ejecución de actividades, identificando posibles barreras o demoras en las atenciones a recién nacidos con bajo peso al nacer y concordancia 113 6.2 Producto (evidencia) 172.26.33.40sivigila2025A$250_46_8_SISVAN1_GESTION_INFORMACION3_BASES DE DATOS1_ENVIO_NOTIFICACION12_DICIEMBRESEGUIMIENTOS TEL1_ENVIO
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 con los lineamientos técnicos de los entornos y procesos transversales del convenio Interadministrativo PSPIC. 7.1 Actividades desarrolladas 7.2 Producto (evidencia) 172.26.33.40sivigila2025A$250_46_8_SISVAN1_GESTION_INFORMACION6_SEGUIMIENTO_PRODUCTOS11_NOVIEMBREPROFESIONALES
8	Obligación: Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 8.1 Actividades desarrolladas Revisión de historias clínicas para identificación si cumple o no con la definición de caso descrita en el protocolo del evento 113, para notificación al SIVIGILA 8.2 Producto (evidencia) https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspxid=PhixStZ1h0u0tb_LlowdVxSw9UGuiL1FobtrVargj8xUN1hPN0FIRk80TlNDN0JDVDEzTkFRU1Y1QS4u
9	Obligación: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo con la normatividad y tabla de retención documental. 9.1 Actividades desarrolladas Se realizará la gestión documental de acuerdo con la normatividad y tabla de retención documental 9.2 Producto(evidencia)https://saludcapitalgovcomy.sharepoint.com/:x:/r/personal/sisvandistrital_saludcapital_gov_co/_layouts/15/doc2.aspxsourcedoc=%7B6A30E578-3977-4F2D-850B-4DBBF25EE5F8%7D&file=10._FOR_BAI_VSP.xlsx&action=default&mobileredirect=true
10	Obligación: Dar cumplimiento a las actividades de los procesos TRANSVERSALES del PSPIC, de acuerdo con su competencia: CANALIZACIONES, PAI, Educación para la Salud Pública, GESI, ACCVSyE, Notificación de EISP y Participación Social. 10.1 Actividades desarrolladas Seguimiento telefónico a los casos de la base de la subred de estadísticas vitales RUAFND de nacidos vivos a término (igual o mayor a 37 semanas de gestación) con peso menor a 2500 gramos, en su totalidad, se registra la información en el formulario dispuesto por la Secretaría. 10.2 Producto (evidencia) 172.26.33.40sivigila2025A$250_46_8_SISVAN1_GESTION_INFORMACION3_BASES DE DATOS_ENVIO_NOTIFICACION12_DICIEMBRESEGUIMIENTOS TEL1_ENVIO
11	Obligación: El contratista se obliga a que las glosas que se generen por incumplimiento de las obligaciones contractuales y de acuerdo con 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), será causal de inicio de apertura de procedimiento administrativo sancionatorio de incumplimiento contractual. 11.1 Actividades desarrolladas Para el último período auditado se genera una glosa de los productos presentados. 138 11.2 Producto (evidencia) 172.26.33.40sivigila2025A$250_46_8_SISVAN1_GESTION_INFORMACION6_SEGUIMIENTO_PRODUCTOS11_NOVIEMBREPROFESIONALES
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 forma parte integral del presente contrato. 12.1 Actividades desarrolladas Envió quincenalmente a las UPGD el reporte de los casos no concordantes obtenidos al cruzar el número de identificación, los casos de menores de 5 años clasificados en la base de datos SISVAN con desnutrición aguda y que no aparecen notificados en la base de datos del SIVIGILA evento 113 12.2 Producto (evidencia) 172.26.33.40sivigila2025A$250_46_8_SISVAN1_GESTION_INFORMACION3_BAI

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° 91433685- 91817763	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/11/27	$ 427.600
PENSIÓN:	SKANDIA	2025/11/27	$ 547.300
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/11/27	$ 83.400
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 1.058.300

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	*ALEXANDRA FUENTES BAQUERO* *PS_7192_2025_D0007B* **ALEXANDRA FUENTES BAQUERO** **CC: 1032383555**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*CLAUDIA LILIANA LOPEZ DIAZ* *PS_7192_2025_D0007B* **CLAUDIA LILIANA LOPEZ DIAZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*MARIA CRISTINA DUARTE GARZON* *PS_7192_2025_D0007B* **MARIA CRISTINA DUARTE GARZON** **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	1032383555	ALEXANDRA FUENTES BAQUERO	CRA 31 d 2 B 02	2011639	alexafb87@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	12/11/2025	91433685	$539.100	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	217.800	0		0		0	0	0	0	217.800	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
230901	Skandia Pensiones Obligatorias	800253055-2	278.800	0	0	0	0	0	0		278.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	42.500				42.500	0	0	42.500			425	42.500	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	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	217.800	217.800
Pensión	1	278.800	278.800
Riesgos Laborales	1	42.500	42.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	539.100	539.100

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	1032383555	ALEXANDRA FUENTES BAQUERO		CRA 31 d 2 B 02	2011639	alexafb87@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	91433685	$539.100	

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	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	1032383555	FUENTES BAQUERO ALEXANDRA	57	0			N																	230901	1.741.920	278.800	0	0	0	0	EPS017	1.741.920	217.800	14-7	1.741.920	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

10:55 ★ 5G 19

davivienda.com

DAVIVIENDA

Bienvenido(a), ALEXANDRA FUENTES BAQUERO
Miércoles 12 de Noviembre de 2025, 10:55 AM
Código único CUS: 1923252363
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Número de Aprobación
00252363

Fecha
12/11/2025

Dirección IP
191.156.63.34

Valor transacción
$539.100,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1

Referencia 2
CC

Referencia 3
1032383555

Esta transacción estará sujeta a verificación

Terminar | Guardar PDF

ComprobanteP-SE20251112105522.pdf (72 KB) Guardar...

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	1032383555	ALEXANDRA FUENTES BAQUERO	CRA 31 d 2 B 02	2011639	alexafb87@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	27/11/2025	91817763	$519.200	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	209.800	0		0		0	0	0	0	209.800	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
230901	Skandia Pensiones Obligatorias	800253055-2	268.500	0	0	0	0	0	0		268.500	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	0	0	40.900			409	40.900	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	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	209.800	209.800
Pensión	1	268.500	268.500
Riesgos Laborales	1	40.900	40.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	519.200	519.200

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	1032383555	ALEXANDRA FUENTES BAQUERO		CRA 31 d 2 B 02	2011639	alexafb87@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	27/11/2025	91817763	$519.200	

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	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	1032383555	FUENTES BAQUERO ALEXANDRA	57	0			N																	230901	1.678.080	268.500	0	0	0	0	EPS017	1.678.080	209.800	14-7	1.678.080	3	40.900		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
1959574676

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
27/11/2025

Número de aprobación
00574676

Dirección IP
191.156.155.51

Valor transacción
$ 519.200,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
	CC	1032383555

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 Es

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

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por	
	PS_4132_2025_CUENTA_DE_COBRO_SEPTIEMBRE_2025.pdf (Archivado)	PS_4132_2025_CUENTA_DE_COBRO_SEPTIEMBRE_2025.pdf	Proveedor	Descargar
	PS_4132_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_SEPTIEMBRE_2025.pdf (Archivado)	PS_4132_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_SEPTIEMBRE_2025.pdf	Proveedor	Descargar
☐	PS_7192_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	PS_7192_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	Proveedor	Descargar
☐	PS_7192_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf	PS_7192_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf	Proveedor	Descargar
☐	PS_7192_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_OCTUBRE_2025.pdf	PS_7192_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_OCTUBRE_2025.pdf	Proveedor	Descargar

Borrar | Carga

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Es