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	51865688	LUISA FERNANDA TRONCOSO FLOREZ	CARRERA 68B No. 76A-83 UD33 INT4 APTO104	3102364903	luluktf@hotmail.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	
2025-11	2025-11	I	09/12/2025	92174541	$287.500	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	231.300	0		0		0	0	0	0	231.300	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

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	45.100				45.100	0	0	45.100			451	45.100	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	11.100	0	0	11.100	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	231.300	231.300
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	45.100	45.100
CCF	1	11.100	11.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	287.500	287.500

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	51865688	LUISA FERNANDA TRONCOSO FLOREZ	CARRERA 68B No. 76A-83 UD33 INT4 APTO104	3102364903	luluktf@hotmail.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**	
2025-11	2025-11	I	09/12/2025	92174541	$287.500	

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	51865688	TRONCOSO FLOREZ LUISA FERNANDA	59	4			N																		0	0	0	0	0	0	EPS010	1.850.000	231.300	14-7	1.850.000	3	45.100	CCF24	1.850.000	11.100	0	0	0	0	0

PAGADA

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

RADICADO 2020_001

GERENCIA DE DETERMINACIÓN DE DERECHOS
DIRECCIÓN DE NÓMINA DE PENSIONADOS
CERTIFICACION PENSIÓN

Que revisada la nómina de Pensionados de la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**, al señor(a) **LUISA FERNANDA TRONCOSO FLOREZ** identificado(a) con **Cédula de Ciudadanía** No. **51865688** y número de Afiliación **951865688100**, esta Administradora mediante resolución No. **267253** de **2024** le concedió pensión de **P DE VEJEZ L 797/03 Vitalicia** registrando fecha de ingreso a nómina **Septiembre** de **2024.**

Estado: **ACTIVO**.

Se expide a solicitud del interesado(a) en Bogotá , el día 18 de diciembre de 2025.

DORIS PATARROYO PATARROYO
Directora de Nómina de Pensionados

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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:	**LUISA FERNANDA TRONCOSO FLOREZ**			**CC:**	**51865688**
CORREO ELECTRÓNICO:	**LULUKTF@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3102364903**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 68 B # 76 A - 83 UD 33**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**473870070017**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2437 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 4.492.840**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/01/15**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31**				

LUISA FERNANDA TRONCOSO FLOREZ
PS_2437_2025_0FA5E0

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LUISA FERNANDA TRONCOSO FLOREZ
CC: 51865688
CEL: 3102364903

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			
LUISA FERNANDA TRONCOSO FLOREZ			
	CON C.C N°	**51.865.688**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2437 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 15.684.096	**No. HORAS EJECUTADAS**	**220**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 62.613.852	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4.492.840
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	NATALY DUQUE SALAZAR		

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. Realicé el seguimiento de protocolos y procedimiento institucionales con el fin de brindar calidad en la atención del usuario. 2. Socialicé al personal de enfermería a su cargo, los documentos técnicos de gestión institucional para su cumplimiento. 3. Verifiqué y di cumplimiento a lo dispuesto en los manuales, protocolos procedimientos y guías de los diferentes procesos institucionales. 4. Tuve la disposición de asistir a las diferentes reuniones, comités, relacionados con asuntos tanto del área de enfermería como de los diferentes procesos que así lo requieran. 5. participar activamente en el programa de seguridad del paciente incentivando la cultura del reporte, realizando seguimiento a los eventos adversos, ideando planes de mejoramiento y logrando disminución en los mismos. 6. Realicé reuniones periódicas con cada uno de los servicios asignados con el fin de analizar cómo mejorar el cumplimiento de las funciones asistenciales. 7. Evalué periódicamente los procesos de la atención de enfermería y establecer los planes de mejora a las desviaciones e inconformidades encontradas. 8. Realicé ronda diariamente en los servicios con el fin de controlar actividades, mejorar la relación enfermera - paciente y liderar las relaciones de servicios. 9. Apoyé la supervisión y coordinación en el servicio prestado por enfermería y camilleros, tomando las medidas necesarias para corregir las fallas que se presenten. 10. Realicé acompañamiento permanentemente al cumplimiento del protocolo de recibo y entrega de turno por parte del personal de enfermería y camilleros tomando las medidas pertinentes. 11. Verifiqué que el personal de enfermería llevara al día las historias clínicas con las anotaciones respectivas y de acuerdo al procedimiento establecido por el comité de historias clínicas. 12. Apoyé la implementación del sistema de gestión de calidad institucional. 13. Apoyé la capacitación de los profesionales y técnicos del servicio en conocimientos y técnicas de enfermería. 14. Establecí comunicación efectiva directa con los miembros del equipo que permita compartir información e ideas en condiciones de respeto y cordialidad propiciando un clima laboral favorable en el servicio. 15. Hice parte del proceso de inducción al personal nuevo. 16. Realicé, verifiqué y controlé las listas de turnos y actividades informado las novedades que se presenten. 17. Mantuve la motivación en el personal asistencial y trabajar en mantener un clima laboral armónico. 18. Apoyé en el desarrollo del plan de capacitación anual y velar por la actualización permanente del personal asistencial. 19. Gestioné que el personal asistencial contara con los recursos y condiciones necesarios para el óptimo desempeño de sus labores. 20. Realicé la solicitud del entrenamiento al personal en equipos biomédicos. 21. Velé por el cumplimiento del reglamento interno de la subred centro oriente. 22. Realicé la programación de actividades del personal mensualmente, informando oportunamente las novedades del mismo. 23. Realicé acompañamiento a entes internos y externos en las auditorias relacionadas con los procesos de enfermería. 24. Atendí y orienté al usuario y familia ante inquietudes del proceso de atención relacionado con enfermería. 25. Respondí por los inventarios conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la infraestructura del servicio y/o área donde se encuentre desarrollando las actividades. 26. Porté el uniforme institucional de manera adecuada y decorosa. 27. Porté el carnet institucional de la subred durante la ejecución de las actividades contractuales. 28. Verifiqué el diligenciamiento en forma completa, oportuna, sistematizada y legible la historia clínica del paciente (en los casos en que se

1	presenten fallas del sistema, los formatos) , consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoria y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con firma y sello. 29. Ejercí las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio, contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.

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° 92174541	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2025/12/09	$ 231.300
PENSIÓN:	SIN DATO	2025/12/09	$ 0
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/12/09	$ 45.100
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 276.400

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	*LUISA FERNANDA TRONCOSO FLOREZ* *PS_2437_2025_0FA5E0* **LUISA FERNANDA TRONCOSO FLOREZ** **CC: 51865688**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*LUZ ANGELA CONTRERAS MORENO* *PS_2437_2025_0FA5E0* **LUZ ANGELA CONTRERAS MORENO** **SUPERVISOR ALTERNO**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*NATALY DUQUE SALAZAR* *PS_2437_2025_0FA5E0* **NATALY DUQUE SALAZAR** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**