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: (31-01-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**YIRA TATIANA LOPEZ LAVERDE**			**CC:**	**46385368**
CORREO ELECTRÓNICO:	**YLOPEZLAVERDE@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3222569908**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 25 69D 51 BQ 5 AP 418**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**008400714559**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7674 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 4.195.200**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/15**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/02/28**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31**				

YIRA TATIANA LOPEZ LAVERDE
PS_7674_2025_6A6A8C

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
YIRA TATIANA LOPEZ LAVERDE
CC: 46385368
CEL: 3222569908

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			
YIRA TATIANA LOPEZ LAVERDE			
	CON C.C N°	**46.385.368**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO MAS BIENESTAR		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 7674 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/15**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.377.280	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 25.131.680	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4.195.200
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANA MARGARET RABA SIERRA		

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	OBLIGACIÓN 1: DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES QUE SE GENEREN DIRECTA E INDIRECTAMENTE DEL OBJETO CONTRACTUAL EN LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS ASIGNADAS DE ACUERDO CON LA PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES. 1.1. Actividades desarrolladas: Realicé el 100% las intervenciones, cargue oportuno en DINAMICA y GTAPS, diligenciamiento de formatos, listados y reportes. 1.2. Producto (evidencia): Registro detallado de las intervenciones diarias y carga oportuna de los reportes de asistencia técnica en DINÁMICA y GTAPS, de acuerdo con los lineamientos establecidos
2	OBLIGACIÓN 2: PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR, ADICIONALMENTE CON LA FINALIZACIÓN DEL MES SE DEBE ENTREGAR UN INFORME DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS PARA LA EJECUCIÓN DE SUS ACTIVIDADES 2.1. Actividades desarrolladas: Presenté y entregué el cronograma, elaboración e informe mensual consolidado de las actividades ejecutadas durante el mes 2.2. Producto (evidencia): Registro detallado de las intervenciones diarias y carga oportuna de los reportes de asistencia técnica en Dinámica y GTAPS, de acuerdo con los lineamientos establecidos
3	OBLIGACIÓN 3: APOYAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES, PRESENTANDO LA INFORMACIÓN Y/O SOPORTES QUE SE SOLICITE CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED 3.1 Actividades desarrolladas: Apoyé en la entrega del 100% de la información, documentos y soportes requeridos, de acuerdo con los anexos técnicos y operativos establecidos 3.2 Producto (evidencia): Se remitió a supervisión el archivo del 100% de soportes entregados, incluyendo bases, formatos, listados y reportes, conforme a los procedimientos establecidos
4	OBLIGACIÓN 4: 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 ESTANDARES DE HABILITACION Y ACREDITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD 4.1 Actividades desarrolladas: Participé al 100% en actividades orientadas al fortalecimiento de los estándares de habilitación, acreditación y mejoramiento continuo de los servicios de salud, en cumplimiento de las funciones asignadas en el marco del contrato vigente 4. 2 Producto (evidencia): Elaboración de actas de participación y reportes de cumplimiento de las acciones de mejora, en cumplimiento de las funciones asignadas en el marco del contrato vigente
	OBLIGACIÓN 5: REALIZAR APROPIACIÓN CONCEPTUAL DESDE SU PERFIL CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 5. 1 Actividades desarrolladas: Realicé la debida revisión, apropiación y aplicación de los lineamientos técnicos y anexos del convenio, de acuerdo con el perfil profesional correspondiente

5	5.2 Producto (evidencia): Registro de la asistencia a los espacios de inducción y retroalimentación, así como la evidencia de su aplicación en los informes correspondientes
6	OBLIGACIÓN 6: DESARROLLAR PROCESOS DE ASISTENCIA TÉCNICA DESDE LOS DIFERENTES PROCESOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES CONFORME A SU SABER DISCIPLINAR Y PROFESIONAL, EN FUNCIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS PROCESOS TRANSVERSALES. 6.1 Actividades desarrolladas: Desarrollé el 100% de procesos de asistencia técnica a los diferentes componentes del convenio, conforme al saber disciplinar correspondiente 6.2 Producto (evidencia): Reportes de asistencia técnica diligenciados y cargados a plataformas institucionales
7	OBLIGACIÓN 7: REALIZAR LA REVISIÓN, ALISTAMIENTO Y ENTREGA CON CALIDAD DE CADA UNO DE LOS FORMATOS, DOCUMENTOS, BASES O INFORMES GENERADOS COMO RESULTADO DE LAS ACCIONES O INTERVENCIONES REALIZADAS EN CUMPLIMIENTO A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED 7.1 Actividades desarrolladas: Realicé el 100% de la revisión, alistamiento y entrega oportuna de formatos, bases de datos e informes derivados de las diferentes intervenciones realizadas 7.2 Producto (evidencia): Bases y formatos entregados con validación de calidad por parte de supervisión
8	OBLIGACIÓN 8: PARTICIPAR Y GESTIONAR LOS ACERCAMIENTOS COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES QUE SE REQUIERAN, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE CADA PROCESO 8.1 Actividades desarrolladas: Realicé la gestión y participación en los diferentes acercamientos comunitarios e institucionales con el fin de fortalecer procesos del convenio 8.2 Producto (evidencia): Actas de acercamiento, listados de asistencia y/o soportes fotográficos según lineamiento
9	OBLIGACIÓN 9: ACTIVAR Y NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERES EN SALUD PUBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES 9.1 Actividades desarrolladas: Realicé la debida identificación, activación y notificación de eventos de interés en salud pública en el desarrollo de las diferentes intervenciones 9.2 Producto (evidencias): Fichas de notificación enviadas dentro de las primeras 24 horas y la debida confirmación de la recepción
10	OBLIGACIÓN 10: PARTICIPAR EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS CONVOCADAS POR SDS DE ACUERDO CON LOS PROCESOS ASIGNADOS Y CONFORME A LAS ACTIVIDADES, METAS Y PRODUCTOS ESTABLECIDOS EN LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED 10.1 Actividades desarrolladas: Asistí y participé al 100% de las asistencias técnicas convocadas por SDS según proceso asignado 10.2 Producto (evidencia): Actas de asistencia técnica y reportes de cumplimiento de metas
11	OBLIGACIÓN 11: ORGANIZAR EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL. 11.1 Actividades desarrolladas: Organicé el 100% de la documentación generada conforme a tabla de retención documental 11.2 Producto (evidencia): Carpeta física/digital organizada conforme a tabla de retención documental
12	OBLIGACIÓN 12: REALIZAR LAS DEMAS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISION. 12.1 Actividades Desarrolladas: Realicé el 100% de la ejecución de actividades solicitadas por supervisión relacionadas con el objeto contractual 12.2 Producto (evidencia): Registro de tareas adicionales desarrolladas y reportes enviados
13	OBLIGACIÓN 13: CUMPLIR CON LOS ESTANDARES DE CONSULTA, DANDO CUMPLIMIENTO A LAS ATENCIONES AUTORIZADAS POR PARTE DE LAS EAPB TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS SON SUJETOS DE AUDITORIA. DEBE CUMPLIR CON 1. EVALUACIÓN DE ESTADO PSIQUICO, 2. APARIENCIA PERSONAL, 3. EMOCIONES Y PENSAMIENTOS, 4. ESTADO COGNITIVO, 5. SENSOPERCEPCIÓN, 6. ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES. 13.1 Actividades desarrolladas: Realicé el 100% de las diferentes intervenciones cumpliendo estándar de evaluación psíquica completa según la situación de cada individuo 13.2 Producto (evidencia): Formatos con el 100% de completitud y auditorías internas con conformidad
	13. DILIGENCIAR LA INFORMACION DE LA ATENCION EN LOS APLICATIVOS DINAMICA Y GTAPS DE LA SDS DIARIAMENTE A COMPLETITUD, CON VERACIDAD Y CALIDAD DEL DATO DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS DE LA INTERVENCION. SE DEBE EVIDENCIAR REGISTRO DE, TAMIZAJES EN HISTORIA CLÍNICA Y APLICATIVO DISTRITAL, TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS SON SUJETOS DE AUDITORIA

14	13.1 Actividades desarrolladas: Realicé el 100% del diligenciamiento de la atención en los aplicativos dinamica y GTAPS de la sds diariamente a completitud, con veracidad y calidad del dato dentro de las primeras 24 horas de la intervencion. 13.2 Producto (evidencia): Registro detallado de las intervensiones diarias y carga oportuna en el aplicativo Dinamica y GTAPS de acuerdo a los lineamiento
15	OBLIGACIÓN 14: DILIGENCIAR LA INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LOS APLICATIVOS DINAMICA Y GTAPS DE LA SDS DIARIAMENTE A COMPLETITUD, CON VERACIDAD Y CALIDAD DEL DATO DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS DE LA INTERVENCIÓN. SE DEBE EVIDENCIAR REGISTRO DE, TAMIZAJES EN HISTORIA CLINICA Y APLICATIVO DISTRITAL, TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS SON SUJETOS DE AUDITORIA 14.1 Actividades desarrolladas: Diligencié a diario de manera veraz y oportuna la información en DINÁMICA, GTAPS y formatos SIRC dentro de las primeras 24 horas establecidas según lineamiento 14.2 Producto (evidencia): Registros en plataformas distritales y formatos SIRC enviados con calidad del dato
16	OBLIGACIÓN 15: DILIGENCIAR Y ENVIAR FICHAS DE NOTIFICACIÓN DE SIVIM (EVENTOS DE VIOLENCIA IDENTIFICADOS) O SISVECOS (IDEACIÓN E INTENTOS DE SUICIDIO) DE ACUERDO CON EL RIESGO IDENTIFICADO, CON CALIDAD Y VERACIDAD DEL DATO, DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS DE LA INTERVENCION, TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS SUJETOS DE AUDITORIA EN CONVENIO MAS BIENESTAR. 15.1 Actividades desarrolladas: Diligencié y envié de manera oportuna las fichas de SIVIM y SISVECOS según riesgo identificado 15.2 Producto (evidencia): Reportes de notificación remitidos dentro de las primeras 24 horas y constancia de radicación
17	OBLIGACIÓN 16: CUMPLIR, SEGUN SU PERFIL Y RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, CON TODAS LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL ANEXO TÉCNICO DEL CONVENIO MAS BIENESTAR VIGENTE, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED, ASI COMO CON LOS LINEAMIENTOS TECNICOS Y OPERATIVOS QUE DE ESTE SE DERIVEN. CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO. 16.1 Actividades desarrolladas: Cumplí al 100% de mis responsabilidades técnicas y operativas establecidas en el convenio y el formato de necesidad de personal 16.2 Producto (evidencia): Informe mensual de cumplimiento

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 (2026-01-01) AL (2026-01-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1136185 - 92283677	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2026/01/05	$ 474.300
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/01/05	$ 607.100
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/01/05	$ 92.500
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 1.173.900

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	*YIRA TATIANA LOPEZ LAVERDE* *PS_7674_2025_6A6A8C* **YIRA TATIANA LOPEZ LAVERDE** **CC: 46385368**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA* *PS_7674_2025_6A6A8C* **SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANA MARGARET RABA SIERRA* *PS_7674_2025_6A6A8C* **ANA MARGARET RABA SIERRA** **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	46385368	YIRA TATIANA LOPEZ LAVERDE	CLL 25 N 68B 47 BL 1 APTO 902	3222569908	yirapsi82@yahoo.es	
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	
2025-12	2025-12	I	05/01/2026	1136185	$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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	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
230301	Porvenir	800224808-8	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	46385368	YIRA TATIANA LOPEZ LAVERDE		CLL 25 N 68B 47 BL 1 APTO 902	3222569908	yirapsi82@yahoo.es
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	
2025-12	2025-12	I	05/01/2026	1136185	$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	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	46385368	LOPEZ LAVERDE YIRA TATIANA	59	0			N																	230301	1.678.080	268.500	0	0	0	0	EPS037	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

¡Hola, Yira tatiana lopez!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: $ 519.200
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Fecha de la transacción: 03/01/2026
CUS: 2055639492
Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten encuenta estos tips de seguridad:

- Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
- No abras enlaces sospechosos.
- Cambia tus contraseñas con regularidad.
- Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
- Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.

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

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

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_7674_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	PS_7674_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	Proveedor
☐	PS_7674_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf	PS_7674_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf	Proveedor
☐	PS_7674_2025_ADICIONALES_NOVIEMBRE_PLANILLAS.pdf	PS_7674_2025_ADICIONALES_NOVIEMBRE_PLANILLAS.pdf	Proveedor
☐	PS_7674_2025_DICIEMBRE_PLANILLAS.pdf	PS_7674_2025_DICIEMBRE_PLANILLAS.pdf	Proveedor

Cancelar

< Evaluación