

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (28-02-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	YOHAN DAVID QUIÑONES MOSQUERA			CC:	1030675885
CORREO ELECTRÓNICO:	YOHANDMOSQUERA@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3212123399
DIRECCIÓN DOMICILIO:	DG 47 SUR 52A 82			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	SCOTIABANK COLPATRIA SA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	4762042902
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 3229 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.052.000	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/16	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/05/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/02/17 AL 2026/02/28				
<div><div>YOHAN DAVID QUIÑONES MOSQUERA PS_3229_2026_61ACFB</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YOHAN DAVID QUIÑONES MOSQUERA CC: 1030675885 CEL: 3212123399</div>					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
YOHAN DAVID QUIÑONES MOSQUERA

CON C.C N° 1.030.675.885

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN EDUCACION FISICA 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 3229 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/16
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 15.102.720	No. HORAS EJECUTADAS	90
----------------------------	---------------	----------------------	----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 15.102.720	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.052.000
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y DIECIOCHO (18) DIAS
---	--------------------------------------

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	OBLIGACION 1. 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 DESARROLLAS Se ejecutaron las acciones desde el perfil de trabajo social para los productos SPAcios breves de bienestar y SPAcios espacios educativos de bienestar Jóvenes en las localidades de Candelaria, San Cristóbal y se participó de las diferentes asistencias técnicas convocadas por la líder la localidad los días 19 de febrero, 20 de febrero. 1.2 PRODUCTO (EVIDENCIA) Formatos valoración, plan de bienestar, seguimientos, cierres individuales, actas de desarrollo de actividades, fichas técnicas, y listados de asistencias técnicas que se encuentran en las carpetas físicas correspondientes a las localidades de Candelaria, San Cristóbal y las matrices en el drive del correo.
---	--

2	OBLIGACION 2. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2.1 ACTIVIDADES DESARROLLAS Se realizó la entrega del cronograma del mes de febrero 2026 2.2 PRODUCTO (EVIDENCIA) Cronograma cargado en DRIVE en el correo correspondiente a la localidad de San Cristobal. OBLIGACION 3. 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	3.1 ACTIVIDADES DESARROLLAS Se ejecutaron las actividades relacionadas en el lineamiento correspondiente al producto 56 y 57: SPAcios breves de bienestar y SPAcios espacios educativos de bienestar Jóvenes distribuidas en valoraciones, plan de bienestar integral, seguimientos, cierres y las sesiones educativas con los grupos que se realizaron las respectivas concertaciones. 3.2 PRODUCTO (EVIDENCIA) Formatos valoración, plan de bienestar, seguimientos, cierres individuales, actas de desarrollo de actividades, fichas técnicas, y listados de asistencias técnicas que se encuentran en las carpetas físicas correspondientes a las localidades de Santa fe, San Cristóbal y las matrices en el drive del correo.
---	--

4	OBLIGACION 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 estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud. 4.1 ACTIVIDADES DESARROLLAS Se ejecutaron las actividades relacionadas en el lineamiento correspondiente al producto 56 y 57: SPAcios breves de bienestar y SPAcios espacios educativos de bienestar Jóvenes distribuidas en valoraciones, plan de bienestar integral, seguimientos, cierres y las sesiones educativas con los grupos que se realizaron las respectivas concertaciones. 4.2 PRODUCTO (EVIDENCIA) Formatos valoración, plan de bienestar, seguimientos, cierres individuales, actas de desarrollo de actividades, fichas técnicas, y listados de asistencias técnicas que se encuentran en las carpetas físicas correspondientes a las localidades de Candelaria, San Cristóbal y las matrices en el drive del correo.
---	--

5	OBLIGACION 5. 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 DESARROLLAS Se ejecutaron las actividades relacionadas en el lineamiento correspondiente al producto 56 y 57: SPAcios breves de bienestar y SPAcios espacios educativos de bienestar Jóvenes distribuidas en valoraciones, plan de bienestar integral, seguimientos, cierres y las sesiones educativas con los grupos que se realizaron las respectivas concertaciones. 5.2 PRODUCTO (EVIDENCIA) Formatos valoración, plan de bienestar, seguimientos, cierres individuales, actas de desarrollo de actividades, fichas técnicas, y listados de asistencias técnicas que se encuentran en las carpetas físicas correspondientes a las localidades de Candelaria, San Cristóbal y las matrices en el drive del correo.
---	--

6	<p>OBLIGACION 6. Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred.</p> <p>6.1 ACTIVIDADES DESARROLLAS Se hizo la correspondiente revisión del lineamiento operativo haciendo énfasis del producto 56 y 57: SPacios breves de bienestar y SPacios espacios educativos de bienestar Jóvenes; adicional se participa en la inducción de entrenamiento.</p> <p>6.2 PRODUCTO (EVIDENCIA) Acta y listado de asistencia.</p>
7	<p>OBLIGACION 7. 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.</p> <p>7.1 ACTIVIDADES DESARROLLAS Durante el desarrollo de las acciones se hizo el correspondiente diligenciamiento de formatos, fichas, actas de desarrollo base del drive y revisión de acuerdo con los lineamientos y caja de herramientas.</p> <p>7.2 PRODUCTO (EVIDENCIA) Formatos valoración, plan de bienestar, seguimientos, cierres individuales, actas de desarrollo de actividades, fichas técnicas, y listados de asistencias técnicas que se encuentran en las carpetas físicas correspondientes a las localidades de candelaria, San Cristóbal y las matrices en el drive del correo.</p>
8	<p>OBLIGACION 8. Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones.</p> <p>8.1 ACTIVIDADES DESARROLLAS Durante el presente mes se notificarán los eventos de interés en salud publica en las intervenciones de las acciones.</p> <p>8.2 PRODUCTO (EVIDENCIA) Formatos de reporte</p>
9	<p>OBLIGACION 9. Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo con la normatividad y tabla de retención documental.</p> <p>9.1 ACTIVIDADES DESARROLLAS Se organizan los formatos físicos y digitales de los productos 56 y 57: SPacios breves de bienestar y SPacios espacios educativos de bienestar Jóvenes</p> <p>9.2 PRODUCTO (EVIDENCIA) Formatos valoración, plan de bienestar, seguimientos, cierres individuales, actas de desarrollo de actividades, fichas técnicas, y listados de asistencias técnicas que se encuentran en las carpetas físicas correspondientes a las localidades de Candelaria, San Cristóbal y las matrices en el drive del correo.</p>
10	<p>OBLIGACION 10. Dar cumplimiento a las actividades de los procesos TRANSVERSALES del PSPIC, de acuerdo con su competencia: CANALIZACIONES, PAI, Educación para la Salud Publica, GESI, ACCVSyE, Notificación de EISP y Participación Social.</p> <p>10.1 ACTIVIDADES DESARROLLAS Se realizaron canalizaciones identificadas durante las acciones ejecutadas.</p> <p>10.2 PRODUCTO (EVIDENCIA) Formato de canalizaciones.</p>
11	<p>OBLIGACION 11. 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), serán causal de inicio de apertura de procedimiento administrativo sancionatorio de incumplimiento contractual.</p> <p>11.1 ACTIVIDADES DESARROLLAS Se generan los soportes teniendo en cuenta el proceso de autocontrol, calidad del dato, veracidad, pertenencia técnica, dando respuesta al documento operativo y demás obligaciones contractuales; así como se garantiza el alistamiento oportuno de los productos del mes de febrero para el respectivo seguimiento y auditoria.</p> <p>11.2 PRODUCTO (EVIDENCIA) Formatos valoración, plan de bienestar, seguimientos, cierres individuales, actas de desarrollo de actividades, fichas técnicas, y listados de asistencias técnicas que se encuentran en las carpetas físicas correspondientes a las localidades de candelaria, San Cristóbal y las matrices en el drive del correo.</p>
12	<p>OBLIGACION 12. Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión.</p> <p>12.1 ACTIVIDADES DESARROLLAS Se entregan formatos valoración, plan de bienestar, seguimientos, cierres individuales, actas de desarrollo de actividades, fichas técnicas, correspondientes a las localidades de Candelaria, San Cristóbal y las matrices en el drive del correo, según los lineamientos de la secretaria de salud.</p> <p>12.2 PRODUCTO (EVIDENCIA) Formatos valoración, plan de bienestar, seguimientos, cierres individuales, actas de desarrollo de actividades, fichas técnicas, y listados de asistencias técnicas que se encuentran en las carpetas físicas correspondientes a las localidades de Candelaria, San Cristóbal y las matrices en el drive del correo.</p>

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS			
<u>SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</u>			
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, <u>CERTIFICO</u> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2026-02-17) AL (2026-02-28)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 28265015 - 52986487	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/02/18	\$ 230.800
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/02/18	\$ 295.400
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/02/18	\$ 45.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 571.200
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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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	<div><div>YOHAN DAVID QUIÑONES MOSQUERA</div><div>PS_3229_2026_61ACFB</div><div>YOHAN DAVID QUIÑONES MOSQUERA</div><div>CC: 1030675885</div></div>		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	<div><div>BRISSET DAYAN RODRIGUEZ DIAZ</div><div>PS_3229_2026_61ACFB</div><div>BRISSET DAYAN RODRIGUEZ DIAZ</div><div>SUPERVISOR ALTERNO</div></div>		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div>LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA</div><div>PS_3229_2026_61ACFB</div><div>LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA</div><div>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div></div>		

DATOS DEL APORTANTE							EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	1030675885	Yohan David Quinones Mosquera		cra 72 h #37 d sur 34	0000000	yohan_mosquera@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	
2025-12	2025-12	I	23/01/2026	28265015	\$441.000	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	178.000	0		0		0	1	200	0	178.200	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
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	1	200	0	228.000	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	34.700				34.700	1	100	34.800			347	34.800	1

TOTALES CAJAS								
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	

TOTALES PARAFISCALES				No. Afiliados
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	
SENA				
0	1	0	0	0
ICBF				
0	1	0	0	0
ESAP				
MEN				

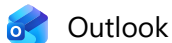
TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.200
Pensión	1	227.800	228.000
Riesgos Laborales	1	34.700	34.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	441.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1030675885	Yohan David Quinones Mosquera		cra 72 h #37 d sur 34	0000000	yohan_mosquera@hotmail.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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-12	2025-12	I	23/01/2026	28265015	\$441.000

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES										
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SIL	IDE	MA	MA	MA	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	1030675885	QUINONES Mosquera Yohan David	59	0		N		X																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

**PSE - Transacción Aprobada CUS 2030689**

Desde serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>

Fecha Jue 22/01/2026 17:09

Para yohan_mosquera@hotmail.com <yohan_mosquera@hotmail.com>



¡Hola, yohan david quiñones mosquera !

Estado de la Transacción: **Aprobada **

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: \$ 441.000

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha de la transacción: 22/01/2026

CUS: 2030689

Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten en cuenta 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.

**Para mayor información comunícate con nosotros:****En Bogotá:** +57 (601) 3808890 Opción 5**Contáctanos:** <https://www.pse.com.co/persona-centro-de-ayuda>

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA
ACH COLOMBIA S.A.



Un servicio de



ACH Colombia Oficial



@ACHColombia_



ACHColombiaOficial



ACH Colombia Oficial

"AVISO DE CONFIDENCIALIDAD:

La información contenida en este email está destinada para el uso del individuo o entidad a la cual está direccionado y contiene información que es de carácter Confidencial o Privada. Si usted no es el destinatario autorizado, cualquier retención, distribución, utilización, divulgación o copia del presente mensaje está terminantemente prohibida y puede ser sancionada por la ley. Si por error recibe este mensaje, favor notificar al remitente o a la dirección <https://www.pse.com.co/web/guest/persona-centro-de-ayuda> en el botón habla con nosotros, y elimine el mensaje y cualquier copia del mismo de forma inmediata. Este mensaje ha sido revisado con software antivirus, para evitar que contenga código malicioso que pueda afectar sistemas de cómputo, sin embargo, es responsabilidad del destinatario confirmar este hecho en el momento de su recepción. El presente mensaje no es una declaración oficial de ACH COLOMBIA S.A ni de ninguno de sus miembros de los cuerpos directivos de la compañía. Gracias."

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
28265015	23/01/2026				EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	N	18/02/2026	52986487	\$133.000	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	52.800	0		0		0	27	900	0	53.700	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	67.600	0	0	0	0	27	1.200	0	68.800	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	10.300				10.300	27	200	10.500			103	10.500	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	27	0	0	0
ICBF				
0	27	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	52.800	53.700
Pensión	1	67.600	68.800
Riesgos Laborales	1	10.300	10.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	130.700	133.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1030675885	Yohan David Quinones Mosquera		cra 72 h #37 d sur 34	0000000	yohan_mosquera@hotmail.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
28265015	23/01/2026				EMPLEADOS
					UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-12	2025-12	N	18/02/2026	52986487	\$133.000

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clase exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SIL	IOE	IVA	IVA	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	1030675885	QUINONES Mosquera Yohan David	59	0		N		X																230301	1.846.000	295.400	0	0	0	0	EPS002	1.846.000	230.800	14-23	1.846.000	3	45.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Resumen de pago

Descripción de compra

MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Tienda

COMPENSAR-OI

Estado de la transacción

Transacción exitosa

Fecha de la transacción

18 de febrero de 2026 a las 4:13 p. m.

CUS

74090432

¿Cuánto?

\$ 133.000,00

Factura de comercio

52986487

Tu plata salió de:



Disponible

Listo

[Imprimir](#)

[Ayuda](#)



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

- 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

☐ 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

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
PS 7614 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE (1).pdf (Archivado)	PS 7614 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
PS 7614 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE .pdf (Archivado)	PS 7614 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ PS 7614 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 7614 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ PS 7614 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES OCTUBRE 2025.pdf	PS 7614 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ PS 7614 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 7614 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ PS 7614 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 7614 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ PS 7614 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	PS 7614 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ PS 7614 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES DICIEMBRE 2025.pdf	PS 7614 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

BorrarCargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Bogota, Febrero 20 de 2026

Señor:
QUIÑONES MOSQUERA YOHAN DAVID
CC. 1030675885
DG47SUR 52A82 - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Mayo 12 de 2025. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
CASIERRA REQUEJO DAYANA ELIZEH	1022446133	C	May-9-2011	212	48	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
QUIÑONES MOSQUERA YOHAN DAVID	1030675885	C	May-12-2025	42	26	SEGUNDO COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
CAJAS TECNICAS Y ELECTRICAS DE COLOMBIA SAS	1030675885	Dependiente	CERRADO
YOHAN DAVID QUIÑONES MOSQUERA	1030675885	Independiente	VIGENTE
YOHAN DAVID QUIÑONES MOSQUERA	1030675885	Independientes con contrato de prestación de servi	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,
GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

Elaboró: Mary Luz Castillo Castellanos - Analista Integral de Servicio al Cliente / Informador

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

YOHAN DAVID QUIÑONES MOSQUERA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.030.675.885**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 16 de Febrero del 2026.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de la afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, YOHAN DAVID QUIÑONES MOSQUERA identificado(a) con CC 1030675885 registra la siguiente información.

Datos del empleador	Datos de la Relación Laboral
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E - NI. 900959051	Fecha de inicio de cobertura: 03-01-2026 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha inicio de contrato: 03-01-2025 Fecha fin de Contrato: 31-12-2026 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Clase de Riesgo: 3 Actividad Económica: 3861001

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 19 día(s) del mes de Febrero de 2026.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Positiva Compañía de Seguros S.A:
NIT. 860.011.153-8 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-III-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

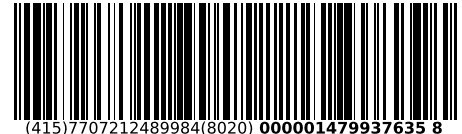
Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502.
Bogotá | +57 (601) 810 8194 | Lunes a Viernes 8:00 a.m. - 6:00 p.m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.
Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autoregulación.

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS

2. Concepto ☐ 0 ☒ 1 Inscripción

4. Número de formulario

14799376358



(415)7707212489984(8020) 000001479937635 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 3 0 6 7 5 8 8 5

6. DV

8

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 0 3 0 6 7 5 8 8 5

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

QUIÑONES

32. Segundo apellido

MOSQUERA

33. Primer nombre

YOHAN

34. Otros nombres

DAVID

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR 72 H 37 D 34 SUR

42. Correo electrónico

yohan_mosquera@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 2 1 2 1 2 3 3 9 9

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

9 3 1 2

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 8 / 1 1 / 2 8

Actividad secundaria

48. Código

8 5 1 3

49. Fecha inicio actividad

2 0 2 0 / 1 2 / 1 8

Otras actividades

50. Código

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número
establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	4	9																							

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

☒

NO

☐

60. No. de Folios:

1

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre QUIÑONES MOSQUERA YOHAN DAVID

985. Cargo Contribuyente