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: (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					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3229 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.029.200**
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**				

YOHAN DAVID QUIÑONES MOSQUERA
PS_3229_2026_E5BD2D

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
YOHAN DAVID QUIÑONES MOSQUERA
CC: 1030675885
CEL: 3212123399

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			
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**	**89**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 15.102.720	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.029.200
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	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. 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. 6.2 PRODUCTO (EVIDENCIA) Acta y listado de asistencia.
7	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. 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. 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.
8	OBLIGACION 8. Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 8.1 ACTIVIDADES DESARROLLAS Durante el presente mes se notificarán los eventos de interés en salud publica en las intervenciones de las acciones. 8.2 PRODUCTO (EVIDENCIA) Formatos de reporte
9	OBLIGACION 9. Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo con la normatividad y tabla de retención documental. 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 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.
10	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. 10.1 ACTIVIDADES DESARROLLAS Se realizaron canalizaciones identificadas durante las acciones ejecutadas. 10.2 PRODUCTO (EVIDENCIA) Formato de canalizaciones.
11	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. 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. 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.
12	OBLIGACION 12. Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión. 12.1 ACTIVIDADES DESARROLLAS Se entregan 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. 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.

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 (2026-02-17) 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 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	*YOHAN DAVID QUIÑONES MOSQUERA* *PS_3229_2026_E5BD2D* **YOHAN DAVID QUIÑONES MOSQUERA** **CC: 1030675885**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*BRISETT DAYAN RODRIGUEZ DIAZ* *PS_3229_2026_E5BD2D* **BRISETT DAYAN RODRIGUEZ DIAZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA* *PS_3229_2026_E5BD2D* **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	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

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
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

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	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	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	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	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	1030675885	QUIÑONES 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	0

PAGADA

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

Outlook

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 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.



"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."

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	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
28265015	23/01/2026				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

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	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	UPC
28265015	23/01/2026	N	18/02/2026	52986487	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12				$133.000	

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	1030675885	QUIÑONES 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

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

Nequi

Resumen de pago

Descripción de compra
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Tienda
COMPENSAR-OI

Estado de la transacción
Transacción éxitosa

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

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

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Salud Total EPS S

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	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion 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 QUI?ONES MOSQUERA	1030675885	Independiente	VIGENTE
YOHAN DAVID QUI?ONES 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.

Hacienda

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

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 dia(s) del mes de Febreo de 2026.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 14799376358

(415)7707212489984(8020) 000001479937635 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 3 0 6 7 5 8 8 5	8	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 3 0 6 7 5 8 8 5	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
QUIÑONES	MOSQUERA	YOHAN	DAVID

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	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	45. Teléfono 2
	3 2 1 2 1 2 3 3 9 9	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
9 3 1 2	2 0 1 8 1 1 2 8	8 5 1 3	2 0 2 0 1 2 1 8					

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 [X] 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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO