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 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:	**KAREN VIVIANA BRAND SALAZAR**			**CC:**	**53097394**
CORREO ELECTRÓNICO:	**VIVIANA.BRAND2111@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3112826357**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 78P 54 00 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**007590343773**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7671 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.100.800**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/15**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/02/28**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/02/01 AL 2026/02/28**				

KAREN VIVIANA BRAND SALAZAR

PS_7671_2025_5625A9

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

KAREN VIVIANA BRAND SALAZAR

CC: 53097394

CEL: 3112826357

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				
KAREN VIVIANA BRAND SALAZAR				
	CON C.C N°	**53.097.394**		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL SOCIAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE GESTI?N 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 7671 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/15**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.377.280	**No. HORAS EJECUTADAS**	**136**	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 23.353.280	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.100.800	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	HAROLD ROLANDO DELGADO GÓMEZ			

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. PRESTAR SUS SERVICIOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO MAS BIENESTAR, SUSCRITO ENTRE EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL Y DE SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD. 1.1 Actividades desarrolladas: Desarrollé actividades del convenio con profesionalismo y eficiencia, Cumplí con los plazos y fechas establecidas para cada actividad, Garanticé la calidad de los servicios prestados, implementé caracterización y plan de bienestar enfocados a prevención de factores de riesgo a los usuarios dentro del territorio asignado por el Equipo Básico Extramural. 1.2 Productos evidencias: 100% de validación de cabezote del enlace de asignación de usuarios y la descarga del aplicativo Gtaps.
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: Elaboré y presenté un cronograma de actividades mensual, donde me aseguré de que el informe fuera completo y preciso 2.2 Productos, evidencias: Entregué en las fechas estipuladas los formatos de cada uno de los usuarios al técnico administrativo.
3	OBLIGACIÓN 3. VERIFICAR Y ENTREGAR LOS SOPORTES Y PRODUCTOS REALIZADOS QUE SE SOLICITEN CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS DISPUESTOS POR LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD VALIDANDO CALIDAD Y VERACIDAD DE ESTOS. 3.1 Actividades desarrolladas verifiqué y entregué los soportes y productos realizados que se solicitaron conforme a los anexos y lineamientos dispuestos por la SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD validando su calidad y veracidad. 3.2 Evidencias entregue en las fechas estipuladas de los formatos de cada uno de los usuarios al técnico administrativo, 100% de validación de cabezote del link de asignación de usuarios y la descarga del aplicativo Gtaps
4	OBLIGACIÓN 4. DAR RESPUESTA A LAS CONTINGENCIAS GENERADAS POR SDS A NIVEL DISTRITO, ASÍ COMO LA DISPONIBILIDAD Y EJECUCIÓN DE LAS MISMAS. 4.1 actividades desarrolladas di respuesta a las contingencias generadas por la SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD. a nivel distrital, manteniendo mi disponibilidad y ejecutando las acciones necesarias para su adecuada resolución. 4.2 evidencias entregué un informe de las actividades desarrolladas para la ejecución de mis funciones.
5	OBLIGACIÓN 5. PARTICIPAR Y/O REALIZAR INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN AL TALENTO HUMANO A CARGO ACORDE CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EN TU HOGAR SUSCRITO ENTRE EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL S Y LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD, Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE. E.S.E 5.1 actividades desarrolladas participé en las asistencias técnicas convocadas por la SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD de acuerdo con los procesos asignados y conforme a las actividades, metas y productos establecidos en los anexos y lineamientos técnicos del convenio más bienestar en tu hogar. 5.2 evidencias entrego actas y formatos de firma de asistencia

	OBLIGACIÓN 6. 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 EN TU HOGAR VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL Y LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD. Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE. E.S.E

6	6.1 Actividades desarrolladas: Revisé y alisté los formatos y documentos generados, Entregué los formatos y documentos con calidad y oportunidad, Me aseguré de que los formatos y documentos fueran completos y precisos, entregué y diligencié los formatos de seguimiento y la información solicitada de cada uno de los usuarios abordados. 6.2 Productos, evidencias: Entregué en las fechas estipuladas los formatos de cada uno de los usuarios al técnico administrativo, 100% de validación de cabezote del link de asignación de usuarios y la descarga del aplicativo Gtaps.
7	OBLIGACIÓN 7. VERIFICAR Y HACER LA NOTIFICACIÓN LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES REALIZADAS POR EL CONVENIO. 7.1 Actividades desarrolladas: Activé y notifiqué los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de mis intervenciones, Me aseguré de que los eventos fueran notificados de manera oportuna y precisa, realicé notificación oportuna a los subsistemas de acuerdo con la necesidad del usuario abordado. 7.2 productos, evidencias: reporte de fichas de notificación por los canales requeridos
8	OBLIGACIÓN 8. 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 EN TU HOGAR SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. E.S.E 8.1 Actividades desarrolladas: Participé en las asistencias técnicas convocadas por la SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD, oportuna y responsable a las reuniones y asistencias técnicas convocadas durante el mes. 8. 2 productos, evidencias: Fui a las reuniones programas con su debido cumplimiento en el horario establecido con la firma de asistencia.
9	OBLIGACIÓN 9. APOYAR EN LA ORGANIZACIÓN DEL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO CON NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL. 9.1 actividades desarrolladas: Organicé el archivo de la documentación generada de acuerdo con la normatividad y tabla de retención documental, Me aseguré de que la documentación estuviera organizada y fuera fácilmente accesible 9.2 productos, evidencias: entregue en las fechas estipuladas de los formatos de cada uno de los usuarios abordados al técnico administrativo
10	OBLIGACIÓN 12. REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN. 12.1 Actividades desarrolladas: Realicé las demás obligaciones que se relacionaron con el objeto del contrato, Cumplí con las solicitudes y requerimientos de la supervisión. 12.2 Productos, evidencias: Entregué en las fechas estipuladas de los formatos de cada uno de los usuarios al técnico administrativo, 100% de validación de cabezote del link de asignación de usuarios y la descarga del aplicativo Gtaps.
11	OBLIGACIÓN 13. ENTREGAR BAJO SUPERVISIÓN DE CALIDAD LOS PRODUCTOS SUJETOS DE AUDITORÍA. 13.1 actividades desarrolladas diligencié la información de la atención en los aplicativos Gtaps de la SECRETARIA DISTRI8TAL DE SALUD y link de asignación de usuarios, me aseguré de que la información fuera completa, veraz y precisa. 13.2 productos, evidencias: diligencie 100% de validación de cabezote del link de asignación de usuarios y la descarga de los archivos planos del aplicativo Gtaps.
12	OBLIGACIÓN 14. REDACTAR LOS INFORMES DE GESTIÓN CORRESPONDIENTES SUJETOS DE AUDITORÍA. 14.1 actividades desarrolladas realicé 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 ejecutadas, en cumplimiento de los anexos y lineamientos técnicos del convenio más bienestar en tu hogar vigente y suscrito entre el FONDO FINANCIERO DISTRITAL Y LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD. Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E 14.2 Productos, evidencias: actas de asistencia a actividades adicionales realizadas dentro del lineamiento del convenio.
13	OBLIGACIÓN 15. SUPERVISAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES PROPUESTAS EN EL MARCO DEL CUMPLIMIENTO OPERATIVO DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR. 15.1 Actividades desarrolladas: Supervisé y di cumplimiento de las actividades propuestas en el convenio de manera eficaz y oportuna con calidad. 15.2 Producto evidencias entregadas en los tiempos establecidos al técnico administrativo con su respectiva revisión y validación en aplicativo Gtaps
14	OBLIGACIÓN 16. ASISTENCIA A LAS REUNIONES Y COMITÉS CITADOS POR LA SECRETARIA DDISTRITAL DE SSALUD Y EL CONVENIO MAS BIENESTAR EN TU HOGAR. 16.1 Actividades desarrolladas participé en las asistencias técnicas convocadas por la SECRETARIA DDISTRITAL DE SSALUD oportuna y responsable a las reuniones y asistencias técnicas convocadas durante el mes. 16.2 Producto evidencia: Asistí a las reuniones programas con su debido cumplimiento en el horario establecido con la firma de asistencia
	OBLIGACIÓN 17. PLANIFICAR, DIRIGIR Y/O PARTICIPAR EN LOS ESPACIOS DE FORTALECIMIENTO TÉCNICO DEL TALENTO HUMANO OPERATIVO.

15	17.1 actividades desarrolladas: Desarrollé procesos de asistencia técnica desde los diferentes procesos del convenio, aporté conocimientos y experiencias en función de los requerimientos y procesos transversales, implementé planes de bienestar para el convenio. 17.2 Producto evidencias: Fui a las reuniones programas con su debido cumplimiento en el horario establecido con la firma de asistencia.
16	OBLIGACIÓN 18. REALIZAR LAS ACTIVIDADES EN CAMPO Y/O ACOMPAÑAMIENTO DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS OPERATIVOS. VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES Y OBLIGACIONES CONTRACTUALES DE LOS PERFILES A CARGO, REALIZANDO LA CERTIFICACIÓN DE LAS HORAS MENSUAL. 18.1 Actividades desarrolladas: Realicé las actividades en campo y/o el acompañamiento de acuerdo con los lineamientos técnicos operativos. 18.2 Evidencias verificadas el cumplimiento de las actividades y obligaciones contractuales de los perfiles a mi cargo, certificando las horas mensuales.
	OBLIGACIÓN 19. REALIZAR LOS REGISTROS DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD EN LOS APLICATIVOS DISPUESTOS POR SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. 19.1 actividades desarrolladas revisé y alisté los formatos y documentos generados, entregué los formatos y documentos con calidad y

17	oportunidad, me aseguré de que los formatos y documentos fueran completos y precisos, entregue y diligencie los formatos de seguimiento y la información solicitada de cada uno de los usuarios abordados. 19.2 evidencias: entregue en las fechas estipuladas de los formatos de cada uno de los usuarios al técnico administrativo, 100% de validación de cabezote del link de asignación de usuarios y la descarga del aplicativo Gtaps.
18	OBLIGACIÓN 20. ENTREGAR LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA CON OPORTUNIDAD CUANDO SE SOLICITE. 20.1 Actividades desarrolladas: Realicé las demás obligaciones que se relacionaron con el objeto del contrato, cumpliendo con las solicitudes y requerimientos de la supervisión 20.2 evidencias: Entregué en las fechas estipuladas de los formatos de cada uno de los usuarios al técnico administrativo, 100% de validación de cabezote del link de asignación de usuarios y la descarga del aplicativo Gtaps
19	OBLIGACIÓN 21. CUMPLIR, SEGÚN PERFIL Y RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, CON TODAS LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL ANEXO TÉCNICO DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR VIGENTE, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED, ASÍ COMO CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y OPERATIVOS QUE DE ESTE SE DERIVEN. 21.1 Actividades desarrolladas: me aseguré de que se cumplirán los lineamientos técnicos y operativos que se derivaron del convenio. 21.2 Evidencias: Entregué en las fechas estipuladas de los formatos de cada uno de los usuarios al técnico administrativo, 100% de validación de cabezote del enlace de asignación de usuarios y la descarga de los archivos planos del aplicativo Gtaps

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 (2026-02-01) AL (2026-02-28)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 46876777	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2026/02/12	$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/02/12	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/02/12	$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 541.800

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	*KAREN VIVIANA BRAND SALAZAR* *PS_7671_2025_5625A9* **KAREN VIVIANA BRAND SALAZAR** **CC: 53097394**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ* *PS_7671_2025_5625A9* **LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*HAROLD ROLANDO DELGADO GÓMEZ* *PS_7671_2025_5625A9* **HAROLD ROLANDO DELGADO GÓMEZ** **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	53097394	KAREN VIVIANA BRAND SALAZAR	calle 35a numero 73f 30 sur	1234567	vivisbrand@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		66335918	11/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	$0	$541.800	

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	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	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										
14-11	ARL SURA	860903790-5	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	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	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

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	53097394	KAREN VIVIANA BRAND SALAZAR		calle 35a numero 73f 30 sur	1234567	vivisbrand@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		66335918	11/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	$0	$541.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colombiano en el Exterior	Extranjero	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CODIGO ICR	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo sensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	ISC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 53097394	BRAND SALAZAR KAREN VIVIANA	59	0			N																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS037	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

¡Hola, Viviana Brand!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: $ 541.800

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha de la transacción: 11/03/2026

CUS: 131337806

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.

Para mayor información comunicate con nosotros:

En Bogotá: +57 (601) 3808890 Opción 5

Contáctanos: https://www.pse.com.co/persona-centro-de-ayuda

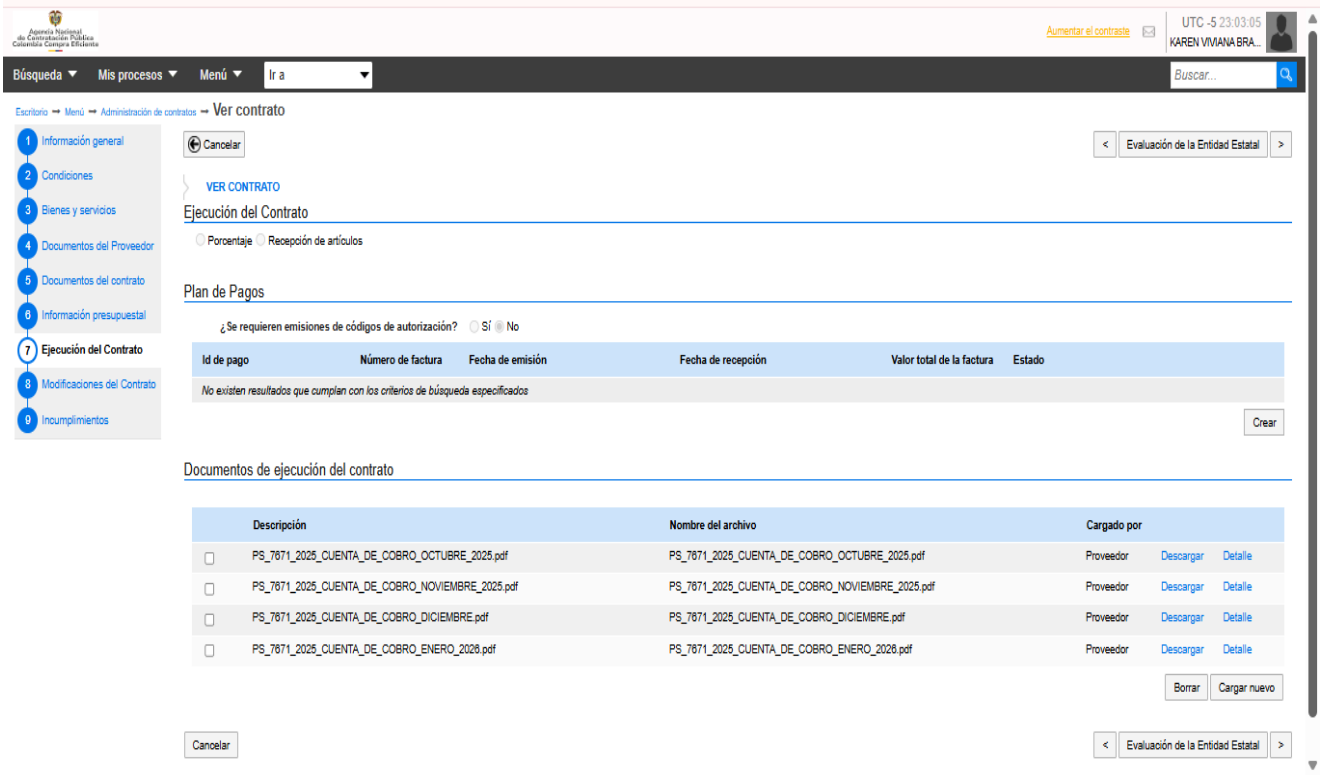
Un servicio de ach

ACH Colombia Oficial

@ACHColombia_

ACHColombiaOficial

ACH Colombia Oficial


Aumentar el contraste
UTC -5 23:03:05
KAREN VIVIANA BRA...
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_7671_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf
PS_7671_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf
PS_7671_2025_CUENTA_DE_COBRO_DICIEMBRE.pdf
PS_7671_2025_CUENTA_DE_COBRO_ENERO_2026.pdf
Proveedor Descargar Detalle
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >