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:	**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**			**$ 1.527.600**
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_5480C9

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**	**67**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 25.131.680	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.527.600
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: 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: Se cumplió con la atención integral a usuarios asignados, garantizando intervenciones según protocolos en tiempos establecidos. 1.2. Producto (evidencia): Se ingresó la información al aplicativo GTAPS con las fechas correspondientes al mes en curso, diligenciamiento de planillas de firmas, con el fin de garantizar la calidad de las diferentes intervenciones.
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 mensual registrando las actividades desarrolladas. 2.2. Producto (evidencia): Se subió documento al drive a través de medios digitales.
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

5	acuerdo con el perfil profesional correspondiente 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: No se realizaron durante el mes en curso acercamientos comunitarios e institucionales requeridos para el desarrollo de las diferentes acciones 8.2 Producto (evidencia): No se contó con acercamientos comunitarios e institucionales durante este período.
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: Se brindó atención conforme a los estándares y autorizaciones de las EAPB, evaluando el estado mental, emocional y antecedentes del usuario. 13.2 Producto (evidencia): Se realizó visitas según lineamiento las cuales fueron diligenciadas con calidad en el aplicativo GTAPS, según ficha técnica.

14	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 13.1 Actividades desarrolladas: Se registraron diariamente y con veracidad las intervenciones en aplicativo GTAPS dentro de las 24 horas, asegurando el ingreso de tamizajes y demás datos requeridos para auditoría. 13.2 Producto (evidencia): Registro detallado de las intervenciones diarias y carga oportuna en el aplicativo GTAPS de acuerdo a los lineamientos
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 aplicativo GTAPS dentro de las primeras 24 horas establecidas según lineamiento 14.2 Producto (evidencia): Se diligenció en aplicativo GTAPS intervenciones realizadas con completitud ejecutando los tamizajes correspondientes.
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: Se Cumplió con las funciones asignadas según el anexo técnico y lineamientos del convenio MAS Bienestar vigente entre la SDS y la Subred. 16.2 Producto (evidencia): Se entregó soportes digitales y físicos de las intervenciones con calidad y veracidad según obligaciones.

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° 92283677 - 1136185	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_5480C9* **YIRA TATIANA LOPEZ LAVERDE** **CC: 46385368**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ* *PS_7674_2025_5480C9* **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_7674_2025_5480C9* **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	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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	11/12/2025	92283677	$654.700	

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	264.500	0		0		0	0	0	0	264.500	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	338.600	0	0	0	0	0	0		338.600	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	51.600				51.600	0	0	51.600			516	51.600	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	264.500	264.500
Pensión	1	338.600	338.600
Riesgos Laborales	1	51.600	51.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	654.700	654.700

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	
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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	11/12/2025	92283677	$654.700	

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	2.115.840	338.600	0	0	0	0	EPS037	2.115.840	264.500	14-7	2.115.840	3	51.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

PSE - Transacción Aprobada ✅ CUS 1998186533

serviciopse@achcolombia.co... 20:56 ☆

www.achcolombia.com.co

Para: Yo

¡Hola, Yira tatiana lopez!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: $ 654.700
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Fecha de la transacción: 10/12/2025
CUS: 1998186533
Gracias por utilizar nuestro servicio.



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

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 factur

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo
☐	PS_7674_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	PS_7674_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf
☐	PS_7674_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf	PS_7674_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf
	PS_7674_2025_ADICIONALES_NOVIEMBRE_PLANILLAS.pdf (Archivado)	PS_7674_2025_ADICIONALES_NOVIEMBRE_PLANILLAS.pdf
	PS_7674_2025_DICIEMBRE_PLANILLAS.pdf (Archivado)	PS_7674_2025_DICIEMBRE_PLANILLAS.pdf
☐	PS_7674_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_DICIEMBRE_2025.pdf	PS_7674_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_DICIEMBRE
☐	PS_7674_2025_CUENTA_DE_COBRO_ENERO_2026.pdf	PS_7674_2025_CUENTA_DE_COBRO_ENERO_2026.pdf
☐	PS_7674_2025_CUENTA_DE_COBRO_DICIEMBRE_2025.pdf	PS_7674_2025_CUENTA_DE_COBRO_DICIEMBRE_2025.pdf
☐	PS_7674_2025_ADICIONALES_NOVIEMBRE.pdf	PS_7674_2025_ADICIONALES_NOVIEMBRE.pdf

Cancelar