

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)**

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	ANGELA ADRIANA FORERO PARRA		<b>CC:</b>	35251606
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	A.FOREROSUBREDCENTROORIENTE@GMAIL.COM		<b>TELÉFONO:</b>	3123186914
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	CL 2 N° 1 - 70 ESTE MOSQUERA		<b>CIUDAD:</b>	BOGOTA
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	BANCO CAJA SOCIAL	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	AHORROS	<b>N° CUENTA:</b> 24060231592

**DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO**

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	PS 7473 2025	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	\$ 4.081.200
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	2025/10/09	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	2026/07/31
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31		



ANGELA ADRIANA FORERO PARRA  
 PS\_7473\_2025\_IDF47A

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**

ANGELA ADRIANA FORERO PARRA

CC: 35251606

CEL: 3123186914

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y**

**ANGELA ADRIANA FORERO PARRA**

**CON C.C N°**

**35.251.606**

**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

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 7473 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/10/09</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 3.216.320	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>179</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 47.094.920	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 4.081.200
---	---------------	--	--------------

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** DIEZ (10) MESES

**UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:** LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA

**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)**

- |             |   |
|-------------|---|
| <b>ITEM</b> | <b>II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO</b><br><b>(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)</b>   |
| 1           | OBLIGACION 1 PRESTAR SUS SERVICIOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED.<br>1.1 ACTIVIDAD DESARROLLADA: DESARROLLO ACCIONES DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS DE LA SECRETARIA DE SALUD Y CUMPLIR CON LOS DIRECCIONAMIENTOS ESTABLECIDOS DESDE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO.<br>1.2 PRODUCTOS (EVIDENCIA): CON LOS SOPORTES EN CARPETAS DE GESTIÓN DOCUMENTAL: ACTAS, FORMATOS DE FIRMAS Y REGISTRO EN EL GITAPS Y PLANILLAS DE FAMILIAS CON PLAN DE BIENESTAR |
| 2           | OBLIGACION 2. PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR, ADICIONALMENTE CON LA FINALIZACION DEL MES SE DEBE ENTREGAR UN INFORME DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS PARA LA EJECUCION DE SUS ACTIVIDADES.<br>2.1 ACTIVIDAD DESARROLLADA: REALIZO EL DILIGENCIAMIENTO DEL CRONOGRAMA EN EL QUE SE CONSIGNAN LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS DURANTE EL MES ACORDES A LAS ACCIONES ESTABLECIDAS EN EL LINEAMIENTO<br>2.2 PRODUCTO (EVIDENCIAS) LOS FORMATOS SOPORTE EN MEDIO MAGNÉTICO: PLAN OPERATIVO CRONOGRAMA MENSUAL  |
| 3           | OBLIGACION 3 APOYAR LA PRESTACION DE SERVICIOS EN EL DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, PRESENTANDO LA INFORMACION Y/O SOPORTES QUE SE SOLICITE CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TECNICOS DEL CONVENIO VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED<br>3.1 ACTIVIDAD DESARROLLADA: SE REALIZO LA EJECUCIÓN DE LAS CARACTERIZACIONES CON LOS FORMATOS, CON CALIDAD DEL DATO Y CORRECTO DILIGENCIAMIENTO. FORMATOS DE CARACTERIZACIÓN, VSP, PLAN FAMILIAR COMPROMISOS, COPE 28, SRQ, RQS, ZUNG HAMILTON PLAN FAMILIAR, APGAR FAMILIAR<br>3.2 PRODUCTOS (EVIDENCIA): FORMATOS DE PLANILLAS Y REGISTRO EN EL GITAPS CADA FORMATO |
| 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 HABILITACION Y ACREDITACION DE SERVICIOS DE SALUD.<br>4.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: SE APOYÓ EN LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS Y DEFINIDAS AL OBJETO DEL CONTRATO PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO QUE SE GENEREN EN EL MARCO DE DICHAS CONTINGENCIAS.<br>4.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): SOPORTES EN CARPETAS DE GESTIÓN DOCUMENTAL: ACTAS, FORMATOS Y REGISTRO   |
| 5           | OBLIGACION 5. REALIZAR APROPIACION CONCEPTUAL DESDE SU PERFIL CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TECNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED.<br>5.1 ACTIVIDAD DESARROLLADA SE REALIZO LA LECTURA DE APROPIACION CONCEPTUAL DEL LINEAMIENTO<br>5.2 PRODUCTO (EVIDENCIA) ACTA DE APROPIACION DEL LINEAMIENTO   |
|             | OBLIGACION 6. DESARROLLAR PROCESOS DE ASISTENCIA TECNICA DESDE LOS DIFERENTES PROCESOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES CONFORME A SU SABER DISCIPLINAR Y PROFESIONAL, EN FUNCION DE LOS REQUERIMIENTOS PROCESOS TRANSVERSALES.<br>6.1 ACTIVIDAD DESARROLLADA SE BRINDÓ EL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES EN LAS DIFERENTES VIVIENDAS CARACTERIZADAS CON EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA, MITIGANDO FACTORES DE RIESGO AL INTERIOR DEL HOGAR.<br>6.2 PRODUCTO (EVIDENCIA) SE PARTICIPA EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS CONVOCADAS POR LA SDS Y CONVENIO MAS   |

6	BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES POR MEDIO DE FORMATO DE SESIONES COLECTIVAS. ACTA Y LISTADO DE ASISTENCIA. REALIZAR REVISIÓN Y RESPONDER POR LOS FORMATOS, DOCUMENTOS, BASES O INFORME
7	OBLIGACION 7. REALIZAR LA REVISION, 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 TECNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED 7.1 ACTIVIDAD DESARROLLADA SE REALIZO REVISIÓN Y APROPIACIÓN DE FICHAS, FORMATOS, DOCUMENTOS, BASES O INFORMES GENERADOS POR SUS ACCIONES ESTABLECIDOS PARA EL PERFIL DE PSICOLOGÍA DANDO CUMPLIMIENTO A LOS PRODUCTOS QUE SE REQUIEREN EN LA ESTRATEGIA DE FAMILIA, PARA LOS EVENTOS ASIGNADOS. 7.2 PRODUCTO (EVIDENCIA) SOPORTE DE LECTURA Y APROPIACIÓN DE LINEAMIENTOS EN GENERAL. SOPORTE DE LECTURA Y APROPIACIÓN DE LINEAMIENTOS EN GENERAL
8	OBLIGACION 8. PARTICIPAR Y GESTIONAR LOS ACERCAMIENTOS COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES QUE SE REQUIERAN, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE CADA PROCESO. 8.1 ACTIVIDAD DESARROLLADA: SE REALIZO SEGUIMIENTO EN LAS VIVIENDAS CARACTERIZADAS E INSTITUCIONALES ACORDE A REQUERIMIENTO DE SECRETARIA DE SALUD Y SEGÚN LINEAMIENTO CUANDO SE CUMPLE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES CRITERIOS QUE LA INFORMACIÓN BRINDADA POR LA INSTITUCIÓN 8.2 SOPORTE (EVIDENCIA) SOPORTES EN CARPETAS DE GESTIÓN DOCUMENTAL: APLICACIÓN DE FORMATOS CARACTERIZACIÓN FAMILIAR, ACTA REGISTRO DEL GITAPS
9	OBLIGACION 9. ACTIVAR Y NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERES EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES. 9.1 ACTIVIDAD DESARROLLADA SE REALIZO PROCESO DE CANALIZACIÓN EN LA POBLACIÓN CARACTERIZADA QUE REQUIEREN ACCESO A SERVICIOS PARA DETECCIÓN TEMPRANA, PROCESOS DE DIAGNÓSTICO O LA OFERTA INSTITUCIONAL DE LOS DIFERENTES ENTES DISTRITALES. 9.2 SOPORTE (EVIDENCIA) BASE DE CANALIZACIONES, FORMATO DE CANALIZACIONES.
10	OBLIGACION 10. PARTICIPAR EN LAS ASISTENCIAS TECNICAS CONVOCADAS POR SDS DE ACUERDO CON LOS PROCESOS ASIGNADOS Y CONFORME A LAS ACTIVIDADES, METAS Y PRODUCTOS ESTABLECIDOS EN LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TECNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED 10.1 ACTIVIDAD DESARROLLADA ASISTIR A LAS DIFERENTES ASISTENCIAS TÉCNICAS PROGRAMADAS POR LA SDS O EL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, CON LA FINALIDAD DE BRINDAR ORIENTACIÓN A USUARIOS ANTE SITUACIÓN DE SALUD PÚBLICA ACTUAL. 10.2 SOPORTE (EVIDENCIA) POR MEDIO DE LISTADO DE ASISTENCIAS Y ACTAS
11	OBLIGACION 11. ORGANIZAR EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACION GENERADA DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCION DOCUMENTAL. 11.1 ACTIVIDAD DESARROLLADA: PRODUCTOS DEBIDAMENTE ORGANIZADOS Y ARCHIVADOS CON LA DOCUMENTACIÓN GENERADA, EN EL CUMPLIMIENTO DE SUS ACCIONES, DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL. 11.2 SOPORTE (EVIDENCIA) CARPETAS CON LOS DIFERENTES SOPORTES CORRESPONDIENTES AL PROCESO.
12	OBLIGACION 12. REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISION. 12.1 ACTIVIDAD DESARROLLADA: APOYO A LAS OBLIGACIONES ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO 12.2 SOPORTE (EVIDENCIA) TENIENDO SOPORTES FÍSICOS, MEDIO MAGNÉTICO, LISTADO DE ASISTENCIA Y ACTAS.
13	OBLIGACION 13. CUMPLIR CON LOS ESTÁNDARES DE CONSULTA, DANDO CUMPLIMIENTO A LAS ATENCIONES AUTORIZADAS POR PARTE DE LAS EAPB TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS SON SUJETOS DE AUDITORÍA 13.1 ACTIVIDAD DESARROLLADA: SE DILIGENCIO LA INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LOS APLICATIVOS DE DINÁMICA Y GITAPS DE LA SDS DIARIAMENTE A COMPLETITUD CON VERACIDAD Y CALIDAD DEL DATO DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS DE LA INTERVENCIÓN, 13.2 SOPORTE (EVIDENCIA) SE DEBE EVIDENCIAR REGISTRO DE, TAMIZAJES EN HISTORIA CLÍNICA Y APLICATIVO DISTRITAL GITAPS, TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS SON SUJETOS DE AUDITORIA
14	OBLIGACION 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 ACTIVIDAD DESARROLLADA: SE REALIZO EL DOLIGENCIAMIENTO DEL GITAPS DE LA SDS DIARIAMENTE A COMPLETITUD CON VERACIDAD Y CALIDAD DEL DATO DENTRO DE LAS 24 HORAS Y DILIGENCIAMIENTO DE LOS TAMIZAJES DE CADA EVENTO. 13.2 SOPORTE (EVIDENCIA) GITAPS DE LA SDS Y TAMIZAJES PARA CADA EVENTO ZUNG, HAMILTON, APGAR, SRQ, EL FACTOR DE RIESGO EN SALUD MENTAL.
15	OBLIGACION 14. DILIGENCIAR FORMATO DE CANALIZACION SIRC CON CALIDAD Y VERACIDAD DEL DATO DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES SEGÚN LINEAMIENTO 14.1 ACTIVIDAD DESARROLLADA: SE REALIZO LA CANALIZACIÓN CON INFORMACIÓN VERAZ Y EFECTIVA DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS DE LA INTERVENCIÓN, TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS SON SUJETOS DE AUDITORÍA. 14.2 SOPORTE (EVIDENCIA) : BASE DE CANALIZACIONES, FORMATO DE CANALIZACIONES.

16	OBLIGACION 15. DILIGENCIAR Y ENVIAR FICHAS DE NOTIFICACION DE SIVIM (EVENTOS DE VIOLENCIA IDENTIFICADOS) O SISVECOS (IDEACION E INTENTOS DE SUICIDIO) 15.1 ACTIVIDAD DESARROLLADA: SE REALIZO LA NOTIFICACIÓN DE ACUERDO AL EVENTO O EL RIESGO IDENTIFICADO, CON CALIDAD Y VERACIDAD DEL DATO, DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS DE LA INTERVENCIÓN, TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS SON SUJETOS DE AUDITORÍA EN CONVENIO MÁS BIENESTAR. 15.2 SOPORTE (EVIDENCIA) BASE DE NOTIFICACION Y FORMATO DEL EVENTO DE RIESGO IDENTIFICADO
17	OBLIGACION 16. CUMPLIR, SEGÚN SU PERFIL Y RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, CON TODAS LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL ANEXO TECNICO DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR VIGENTE, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED, ASÍ COMO CON LOS LINEAMIENTOS TECNICOS Y OPERATIVOS QUE DE ESTE SE DERIVEN. 16.1 ACTIVIDAD DESARROLLADA: DAR CUMPLIMIENTO A 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. 16.2 SOPORTE (EVIDENCIA) DOCUMENTOS COMO LA PLANILLA DE FIRMAS, ACTAS REGISTRO DE GITAPS

**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 (2026-05-01) AL (2026-05-31)

**IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

No. DE PLANILLA:	N° 73554308	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/05/25	\$ 218.900
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/05/25	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/05/25	\$ 42.700
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 541.800</b>


**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

<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>	 <b>ANGELA ADRIANA FORERO PARRA</b> PS_7473_2025_IDF47A
	<b>ANGELA ADRIANA FORERO PARRA</b> <b>CC: 35251606</b>

**FIRMA DE QUIEN VALIDA**



*LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ*

*PS\_7473\_2025\_IDF47A*

**LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ**  
**SUPERVISOR ALTERNO**

**FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS  
OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO**



*LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA*

*PS\_7473\_2025\_IDF47A*

**LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA**  
**SUPERVISOR DEL CONTRATO**

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	35251606	ANGELA ADRIANA FORERO PARRA		VENECIA CUNDINAMARCA	8866569	psicoangel21@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			CUNDINAMARCA	MOSQUERA	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		80133532	17/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$547.900	

## 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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	218.900	0		0		0	15	2.500	0	221.400	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	280.200	0	0	0	0	15	3.100	0	283.300	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	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor									
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	42.700				42.700	15	500	43.200		427	43.200	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
<b>SENA</b>				
0	15	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	15	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	221.400
Pensión	1	280.200	283.300
Riesgos Laborales	1	42.700	43.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>541.800</b>	<b>547.900</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	35251606	ANGELA ADRIANA FORERO PARRA		VENECIA CUNDINAMARCA	8866569	psicoangel21@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			CUNDINAMARCA	MOSQUERA	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		80133532	17/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$547.900	

DETALLE POR COTIZANTE																																																					
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres		Cotizante	Salud	Extranjero	Colom. exarfor	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TAP	IPD	IPB	SEN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional 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	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN				
1	CC 35251606	FORERO PARRA ANGELA ADRIANA		59	0			N															230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-7	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



## ¡Transacción exitosa!

Pago sujeto a aprobación. Para concluir, por favor seleccione la opción “Regresar al comercio” y verifique el estado final de la transacción. Si tiene algún inconveniente, comuníquese con la entidad con la que liquidó su planilla o con el comercio desde el cual está realizando la compra o pago.

Fecha y hora: 16 junio 2026 07:56 p.m.

Cuenta origen: Cuenta de Ahorros \*\*\*\*\*1592

Comercio: COMPENSAR-OI

Nit del comercio: 9998600669427

Código del servicio: 99000

Referencia de Pago: 80133532

Referencia 1: 191.156.52.48

Referencia 2: CC

Referencia 3: 35251606

Código de la transacción (CUS): 396977798

Fecha de la solicitud: 16 junio 2026

Ciclo de la transacción: 1

Valor: \$ 547.900,00

Descripción de la transacción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Valor del impuesto: \$ 0,00

Dirección IP: 191.156.48.127

Número de transacción: APII6167327797997325

Número de confirmación: 4af6460ce051

