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	1000591117	ANGIE KATERINE PINZON PINZON	Calle 72 a bis 18f10 sur	3106441848	angiepinzon117@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
		84980954	09/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$0	$544.000	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	218.900	0		0		0	5	900	0	219.800	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	280.200	0	0	0	0	5	1.100	0	281.300	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	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	42.700				42.700	5	200	42.900			427	42.900	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	5	0	0	0
ICBF				
0	5	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	219.800
Pensión	1	280.200	281.300
Riesgos Laborales	1	42.700	42.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	544.000

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1000591117	ANGIE KATERINE PINZON PINZON	Calle 72 a bis 18f10 sur	3106441848	angiepinzon117@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
		84980954	09/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$0	$544.000	

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	Colom. exterior	Excenvalo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	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 1000591117	PINZON PINZON ANGIE KATERINE	59	0			N																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Secretaría de Salud / Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
	Fecha de aprobación	2/15/2018	
	Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANGIE KATERINE PINZON PINZON						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1000591117	
CORREO ELECTRONICO:	angiepinzon117@gmail.com				CELULAR:	3106441848	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	A T FARMACIA USS MENTAL FLORALIA				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	KE12M05	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	550488441748545				PENSIONADO	NO	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO	2227			VIGENCIA	2026		
NÚMERO DE CDP	1080	FECHA	2026-05-11 14:54:34.000	NÚMERO DE CRP	18261	FECHA	2026-05-28 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	REGENTE DE FARMACIA						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2026-05-01		2026-05-31			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2,930,058						
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0%	N/A				

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$17,580,348
VALOR EJECUTADO	$11,720,232
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,930,058
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$5,860,116
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	67%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
77292579	$1,172,023	$146,503	$187,524	3	$28,550	$362,577

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Mayo de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

YESENIA PAOLA SUAREZ GALINDO
1022332239
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada Subred Suroccidente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Buscar estrategias que garanticen un adecuado almacenamiento y organización de los productos, formulas medicas, justificaciones y solicitudes archivadas a diario.	Busco estrategias que garanticen un adecuado almacenamiento y organización de los productos, formulas medicas, justificaciones y solicitudes archivadas a diario	PROCEDIMIENTO Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
Recibir, revisar, codificar y controlar las prescripciones de medicamentos, su dosificacion y cantidades y las solicitudes de elementos medicoquirurgicos y realizar la relacion de egresos diarios y su verificacion si es necesario	Recibo, reviso, codifico y controlo las prescripciones de medicamentos, su dosificación y cantidades y las solicitudes de elementos medicoquirurgicos y realizar la relacion de egresos diarios y su verificacion si es necesario.	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
Alistar y entregar los medicamentos y dispositivos medicos en los diferentes servicios.	Alisto y entrego los medicamentos y dispositivos medicos en los diferentes servicios.	SE REALIZA DESPACHOS A LAS UNIDADES DE LA SUBRED
Verificar el diligenciamiento de los formatos de justificacion de los medicamentos no incluidos en el plan Obligatorio de Salud.	Verifico el diligenciamiento de los formatos de justificacion de los medicamentos no incluidos en el plan Obligatorio de Salud	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
Organizar y clasificar en sus respectivos estantes los pedidos de los medicamentos y dispositivos medico quirurgicos y recibirlos si es necesario.	Organizo y clasifico en sus respectivos estantes los pedidos de los medicamentos y dispositivos medico quirurgicos y recibirlos si es necesario.	PROCEDIMIENTO Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
Recibir, registrar y consolidar el reporte si es necesario, de las devoluciones y recuperaciones de medicamentos y dispositivos medico quirurgicos de los diferentes servicios .	Recibo, registro y consolido el reporte si es necesario, de las devoluciones y recuperaciones de medicamentos y dispositivos medico quirurgicos de los diferentes servicios .	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
Realizar conteos de medicamentos y elementos medico quirurgicos para su respectivos seguimiento y control.	Realizo conteos de medicamentos y elementos medico quirúrgicos para su respectivos seguimiento y control.	PROCEDIMIENTO Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
Recibo, revision de pedidos y almacenamiento de productos según las condiciones requeridas por los mismos.	Recibo, reviso los pedidos y almaceno los productos según las condiciones requeridas por los mismos.	PROCEDIMIENTO Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
Realizar seguimiento y control en libros a los medicamentos y/o dispositivos de alto costo y de medicamentos NO POS y antobioticos.	Realizo seguimiento y control en libros a los medicamentos y/o dispositivos de alto costo y de medicamentos NO POS y antobioticos	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
Atencion al publico de los medicamentos y dispositivos medicos prescritos y facturados a pacientes en consulta medica ambulatoria especializada.	Se realiza atención al publico paciente ambulatorio con formulación desde consulta medica ambulatoria	CUANDO SE REQUIERA
Recibir y entregar por inventario fisico los medicamentos y dispositivos medico quirurgico de control especial y del fondo nacional de estupefacientes y por costo.	Recibo y entrego por inventario fisico los medicamentos y dispositivos medico quirurgico de control especial y del fondo nacional de estupefacientes y por costo.	PROCEDIMIENTO Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
Digitar durante el turno si es necesario las prescripciones de medicamentos y dispositivos medico quirurgicos entregados e imprimir los reportes respectivos y los que sean necesarios.	Digito durante el turno si es necesario las prescripciones de medicamentos y dispositivos medico quirurgicos entregados e imprimir los reportes respectivos y los que sean necesarios.	CUANDO SE REQUIERA
Informar oportunamente al interventor de las faltas y fallas encontradas en el desarrollo de los procesos y procedimientos del servicio.	Informo oportunamente al interventor de las faltas y fallas encontradas en el desarrollo de los procesos y procedimientos del servicio.	CUANDO SE REQUIERA
Realizar seguimiento, control y generar indicadores para el cumplimiento de las actividades del Servicio Farmaceutico.	Realizo seguimiento, control y generar indicadores para el cumplimiento de las actividades del Servicio Farmaceutico.	PROCEDIMIENTO Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
Custodiar y responder por los bienes a cargo y realizar la atencion a las actividades propias del inventario, según las necesidades del servicio. Responder al inventario que se maneje con se maneje con transparencia, eficacia y equidad como responsable de los procesos contables y administrativos.	Custodio y respondo por los bienes a cargo y realizar la atencion a las actividades propias del inventario, según las necesidades del servicio. Responder al inventario que se maneje con se maneje con transparencia, eficacia y equidad como responsable de los procesos contables y administrativos.	CUANDO SE REQUIERA
Realizar las actividades que el supervisor del contrato considere pertinente realice de acuerdo a la naturaleza de su profesion y/o actividad	Realizo las actividades que el supervisor del contrato considere pertinente realice de acuerdo a la naturaleza de su profesion y/o actividades	CUANDO SE REQUIERA

Copia Controlada Subred Sur Occidente

Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	PLANILLA INTEGRADA DE LIQUIDACION DE APORTES (MI PLANILLA)

YESENIA PAOLA SUAREZ GALINDO
1022332239
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada
Subred Suroccidente

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURAR
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ANGIE KATERINE PINZON PINZON
C.C 1000591117
DE BOGOTA

La suma de $2.930.058, por concepto de Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Farmacia como REGENTE DE FARMACIA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E HOSPITAL MENTAL FLORALIA, durante el periodo del 01 al 30 Junio del 2026; conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2227- 2026



ANGIE KATERINE PINZON PINZON

C.C 1000591117 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 0550488441748545