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: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**LUISA FERNANDA GOMEZ ANGEL**			**CC:**	**1033813985**
CORREO ELECTRÓNICO:	**LFGOMEZ4@FUCSALUD.EDU.CO**			**TELÉFONO:**	**3143516914**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 19B 62A 37 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**004800549042**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1504 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.983.980**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/03**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30**				

LUISA FERNANDA GOMEZ ANGEL
PS_1504_2026_01FFF7

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LUISA FERNANDA GOMEZ ANGEL
CC: 1033813985
CEL: 3143516914

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			
LUISA FERNANDA GOMEZ ANGEL			
	CON C.C N°	**1.033.813.985**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO INSTRUMENTADOR (A) QUIRURGICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS-MEDICINA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1504 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/03**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.894.880	**No. HORAS EJECUTADAS**	**199**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 27.447.420	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.983.980
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SAUL ARDILA DURAN		

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. PORTAR EL CARNE INSTITUCIONAL DE LA SUBRED DURANTE LA EJECUCION DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES, EXCEPTUANDO AQUELLAS DESARROLLADAS DENTRO DE LAS UNIDADES QUIRURGICAS. 2. APOYAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD SEGUN REQUERIMIENTOS DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE. 3. PARTICIPAR EN LAS JORNADAS DE CAPACITACION, INDUCCION, REUNIONES Y EVENTOS A LOS CUALES SEA CONVOCADO. 4. CONOCER Y DAR CUMPLIMIENTO A LOS PROCEDIMIENTOS, GUIAS, MANUALES, PROTOCOLOS Y DEMAS ESTABLECIDOS POR LA SUBRED, ADEMAS DE APOYAR LA IMPLEMENTACION DE LOS MISMOS. 5. APOYAR A LA ENTIDAD EN LAS ACTIVIDADES QUE DEMANDE SEGUN REQUERIMIENTOS INTRA Y EXTRA INSTITUCIONALES. 6. PARTICIPAR EN LA ELABORACION Y ACTUALIZACION DE LOS MANUALES, PROCESOS, GUIAS DE MANEJO Y PROTOCOLOS ASISTENCIALES DEL AREA. 7. INFORMAR AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER NOVEDAD QUE AFECTE EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES. 8. ATENDER A LOS USUARIOS INTERNOS Y EXTERNOS CON ACTITUD DE SERVICIO Y DE MANERA HUMANA, EFICAZ, CALIDA Y RESPETUOSA. 9. DESARROLLAR ACTIVIDADES DE DOCENCIA DIRIGIDAS A LOS ESTUDIANTES DE INSTRUMENTACION QUIRURGICA QUE REALIZAN PRACTICA CLINICA EN LA INSTITUCION Y OFRECER INFORME A LA PERSONA ENCARGADA DE LOS ESTUDIANTES EN CADA INSTITUCION. TAMBIEN DESARROLLAR ACTIVIDADES DE CAPACITACION AL PERSONAL DEL SERVICIO PARA EL DESARROLLO Y FORMACION DEL RECURSO HUMANO EN SALUD, CUANDO SEA NECESARIO. 10. CUMPLIR LA PROGRAMACION MENSUAL DE ACTIVIDADES. 11. NOTIFICAR LOS SUCESOS DE SEGURIDAD QUE SE PRESENTEN EN EL SERVICIO, PARTICIPAR EN LOS ANALISIS DE CASO RELACIONADOS CON EL SUCESO Y EN LOS QUE SEA CONVOCADO, E IMPLEMENTAR LAS ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS PARA EL SERVICIO, RESULTADO DEL ANALISIS REALIZADO. 12. EMITIR CONCEPTOS DE CONFORMIDAD CON SUS ACTIVIDADES PROFESIONALES. 13. SOPORTAR DE MANERA OPORTUNA, CONFORME A LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS, EL CUMPLIMIENTO DEL PAGO DE LOS APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCAL DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO, REQUISITO INDISPENSABLE PARA GENERAR CADA PAGO A SU FAVOR, ANEXANDO LA PLANILLA DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA INTEGRAL DE SEGURIDAD SOCIAL QUE COMPRENDE SALUD, PENSION Y RIESGOS LABORALES. 14. CUSTODIAR Y RESPONDER POR LOS ELEMENTOS ENTREGADOS PARA EL DESEMPEÑO DE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS. 15. INGRESAR AL AREA QUIRURGICA PORTANDO EL VESTIDO QUIRURGICO COMPLETO Y DE FORMA CORRECTA COMO APARECE EN EL PROTOCOLO INSTITUCIONAL. 16. VERIFICAR LA PROGRAMACION QUIRURGICA DEL QUIROFANO AL QUE FUE ASIGNADO, CON EL PROPOSITO DE DAR CUMPLIMIENTO A LA PROGRAMACION. 17. SOLICITAR Y REGISTRAR CORRECTAMENTE EL INSTRUMENTAL QUIRURGICO, DISPOSITIVOS MEDICOS, Y MATERIAL NECESARIO SOLICITADO EN CENTRAL DE ESTERILIZACION PARA CADA PROCEDIMIENTO. 18. SOLICITAR A LA FARMACIA LAS SUTURAS Y DISPOSITIVOS MEDICOS NECESARIOS PARA REALIZAR EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO Y DEVOLVER EL MATERIAL NO UTILIZADO A LA FARMACIA NUEVAMENTE. 19. REALIZAR LA LIMPIEZA Y DESINFECCION DEL CARRO DE TRANSPORTE CORRESPONDIENTE EN EL QUIROFANO ASIGNADO AL INICIAR LA JORNADA Y REGISTRAR EL PROCESO EN EL FORMATO CORRESPONDIENTE, PARA PODER TRASLADAR EN ELLOS TODOS LOS DISPOSITIVOS, EQUIPOS Y DEMAS MATERIAL ESTERIL NECESARIO PARA REALIZAR CADA PROCEDIMIENTO. 20. RESPONDER LA LISTA DE CHEQUEO DE CIRUGIA SEGURA, VOCEADA POR EL ANESTESIOLOGO, VERIFICANDO EL REGISTRO DE LA INFORMACION, INFORMANDO TODA NOVEDAD, FIRMAR AL TERMINAR CADA PROCEDIMIENTO. 21. PRESENTARSE AL PACIENTE E INFORMARLE SOBRE SU ROL DURANTE EL ACTO QUIRURGICO, ANTES DE DAR INICIO AL PROCEDIMIENTO. 22. VELAR POR LA ASEPSIA Y ANTISEPSIA DENTRO DEL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO ASI COMO POR LA GARANTIA DE CONSERVACION DE ESTERILIDAD DEL INSTRUMENTAL Y EQUIPOS UTILIZADOS EN SALAS DE CIRUGIA.

1	23. VERIFICAR EL VIRAJE DE LOS INDICADORES QUIMICOS ANTES DE INICIAR EL PROCEDIMIENTO, EN CASO DE NO SER ACEPTABLES, RECHAZAR LOS ELEMENTOS SEGUN CORRESPONDA. 24. REVISAR EL CONTENIDO DE CADA EQUIPO Y EL ESTADO DEL MISMO ANTES DE INICIAR EL PROCEDIMIENTO. EN CASO DE ENCONTRAR ALGUN FALTANTE O ELEMENTO EN MAL ESTADO INFORMAR INMEDIATAMENTE A LA CENTRAL DE ESTERILIZACION, POR MEDIO DEL CIRCULANTE DE ENFERMERIA, CONSERVANDO EL ROTULO DE MARCADO PROVENIENTE DE LA CENTRAL. 25. CONTAR EN VOZ ALTA EN CONJUNTO CON EL AUXILIAR EL MATERIAL MEDICO QUIRURGICO QUE VA A SER UTILIZADO DURANTE EL PROCEDIMIENTO, TALES COMO: GASAS, COMPRESAS, AGUJAS DE SUTURAS, COTONOIDES Y DEMAS DISPOSITIVOS ANTES DE DAR INICIO AL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO E INFORMAR EN VOZ ALTA AL AUXILIAR DE ENFERMERIA CIRCULANTE DE SALA PARA QUE LO REGISTRE EN LA HOJA DE VERIFICACION DE SEGURIDAD. 26. DURANTE EL PROCEDIMIENTO INFORMAR DEL CONTEO DE MATERIAL MEDICO QUIRURGICO, QUE SE VAYA RECIBIENDO CON EL FIN DE REGISTRARLO EN LA HOJA DE SEGURIDAD, SUMARLO Y CONTARLO AL FINAL DEL PROCEDIMIENTO. 29. PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO. 28. CONTAR EN CONJUNTO CON EL AUXILIAR CIRCULANTE DE SALA EL INSTRUMENTAL QUIRURGICO, COMPRESAS, GASAS, COTONOIDES, AGUJAS Y TODO EL MATERIAL QUIRURGICO UTILIZADO EN CAVIDAD, ANTES DEL CIERRE DE LA CAVIDAD. 30. POSTERIORMENTE INFORMAR AL CIRUJANO TRATANTE EL RESULTADO DEL RECUENTO PARA PODER REALIZAR CAVIDAD. UNA VEZ TERMINADO EL PROCEDIMIENTO, VERIFIQUE EL REGISTRO DE LA INFORMACION EN LA HOJA DE SEGURIDAD, ANTES DE FIRMAR. ENTREGAR LAS PIEZAS ANATOMOPATOLOGICAS AL AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA SU DEBIDO ENVIO A ESTUDIO, INFORMANDO EN VOZ ALTA EL NOMBRE DE LA MUESTRA, MEDIO DE PRESERVACION Y EL DESTINO DE LA MUESTRA. POSTERIORMENTE, VERIFIQUE EL CORRECTO REGISTRO EN LA HOJA DE VERIFICACION. 31. TERMINADO EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO RECOGER TODO EL INSTRUMENTAL Y DISPOSITIVOS MEDICOS, COLOCARLOS EN LOS CONTENEDORES DE TRANSPORTE DE MATERIAL CONTAMINADO, ABRIR LAS PINZAS CON EXCEPCION DE LAS PINZAS DE CAMPO Y APLICAR DETERGENTE ENZIMATICO Y TAPAR EL CONTENEDOR. 32. TRASLADAR EL CONTENEDOR DEL INSTRUMENTAL QUIRURGICO EN CARRO DE TRANSPORTE DE MATERIAL CONTAMINADO Y HACER LA ENTREGA EN EL AREA DE RECEPCION DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION, ESPERAR A QUE EL AUXILIAR DEL SERVICIO DE ESTERILIZACION REALICE EL CONTEO RESPECTIVO Y REGISTRAR EN EL LIBRO CORRESPONDIENTE DE CENTRAL DE ESTERILIZACION TODOS LOS EQUIPOS Y MATERIALES ENTREGADOS PARA REPROCESAR. 33. REGISTRAR EN LA HOJA DE GASTOS DE FARMACIA LOS ELEMENTOS UTILIZADOS EN EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO. 34. ELABORAR POR SISTEMA LA HOJA DE GASTOS DE MATERIAL ESPECIALIZADO CUANDO HAYA LUGAR. 35. REPORTAR LOS EVENTOS DE SEGURIDAD QUE SE PRESENTEN DURANTE EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO O RELACIONADOS A ATENCION DEL PACIENTE, AUN CUANDO NO SE ENCUENTRE DIRECTAMENTE INVOLUCRADO EL INSTRUMENTADOR QUIRURGICO. 36. CUMPLIR EL PROTOCOLO INSTITUCIONAL DE COMPORTAMIENTO EN QUIROFANO 37. ADICIONAL SI SE HA ASIGNADO AL SERVICIO DE ESTERILIZACION DEBE CUMPLIR LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES: 1. VELAR POR LA ESTERILIZACION DEL INSTRUMENTAL Y EQUIPOS NECESARIOS EN SALAS DE CIRUGIA Y OTROS SERVICIOS QUE REQUIEREN MATERIAL ESTERIL. 2. GARANTIZAR EL SUMINISTRO DE MATERIAL MEDICO QUIRURGICO QUE REQUIERE PROCESO DE ESTERILIZACION A TODA LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD. 3. APOYAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD SEGUN REQUERIMIENTOS DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE.4. DISPONER LOS MEDIOS Y MECANISMOS NECESARIOS PARA PROVEER UNA RAPIDA SOLUCION DE LOS POSIBLES INCONVENIENTES DENTRO DEL AREA DE ESTERILIZACION. 5. MANTENER LOS STOCK DE MATERIAL COMPLETO PARA CUBRIR LAS NECESIDADES DE LA UNIDAD. 6. ASEGURAR LA IDONEIDAD DEL PERSONAL QUE LABORA DENTRO DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION Y MANTENER CONDICIONES DE TRABAJO SEGURAS PARA EL MISMO EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACION. 7. COLABORAR EN LA ELABORACION DE PROGRAMAS DE CAPACITACION CONTINUA PARA EL PERSONAL DEL SERVICIO. 8. GARANTIZAR QUE SE CUMPLA CON TODOS LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS PARA SUMINISTRAR EQUIPOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS ESTERILES EN LA UNIDAD. 9. REVISAR Y CONTROLAR PERIODICAMENTE EL ALMACENAMIENTO DE DISPOSITIVOS MEDICOS ESTERILES EN CADA UNO DE LOS SERVICIOS DE LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD. 10. EVALUAR LA CALIDAD DEL MATERIAL MEDICO QUIRURGICO QUE SE UTILIZA EN EL SERVICIO Y CALCULAR LA CANTIDAD DE USO DEL MISMO. 11. SOLICITAR LOS MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS Y CORRECTIVOS NECESARIOS DENTRO DEL AREA. 12. VERIFICAR Y CONTROLAR EL INVENTARIO DE EQUIPOS E INSTRUMENTAL REUSABLE ASIGNADOS AL SERVICIO DE ESTERILIZACION. 13. PARTICIPAR EN LA ELABORACION DE DOCUMENTOS RELACIONADOS A PROCESOS, MANUALES, GUIAS DE PROCEDIMIENTO Y PROTOCOLOS RELACIONADOS CON LA PRESTACION DEL SERVICIO DE ESTERILIZACION. 14. REPORTAR LOS EVENTOS DE SEGURIDAD QUE SE PRESENTEN DURANTE EL PROCESO DE ESTERILIZACION Y/O RELACIONADOS A ATENCION DEL PACIENTE AUN CUANDO NO SE ENCUENTRE RELACIONADO EL PROCESO DE ESTERILIZACION.

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 (2026-06-01) AL (2026-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 90014265	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/06/25	$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/06/25	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	AXA COLPATRIA	2026/06/25	$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 499.100

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	*LUISA FERNANDA GOMEZ ANGEL* *PS_1504_2026_01FFF7* **LUISA FERNANDA GOMEZ ANGEL** **CC: 1033813985**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS* *PS_1504_2026_01FFF7* **DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*SAUL ARDILA DURAN* *PS_1504_2026_01FFF7* **SAUL ARDILA DURAN** **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	1033813985	LUISA FERNANDA GOMEZ ANGEL	Cr19b#62a37sur	7903852	08feb99@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
		93325543	27/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	$0	$501.100	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	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										

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	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	499.100	501.100

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	1033813985	LUISA FERNANDA GOMEZ ANGEL		Cr19b#62a37sur	7903852	08feb99@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
		93325543	27/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	$0	$501.100	

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	Excenvado	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 1033813985	GOMEZ ANGEL LUISA FERNANDA	3	0			N																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	30	218.900		0	0		0		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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