

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	GINA VALERIA ARDILA LOPEZ			CC:	1026555720
CORREO ELECTRÓNICO:	GARDILASUBREDCO@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3043288119
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 26 SUR N° 78G - 30			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BBVA COLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	037157484
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 7516 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.261.800	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/10/09	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30				
 GINA VALERIA ARDILA LOPEZ PS_7516_2025_E4AFC2 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: GINA VALERIA ARDILA LOPEZ CC: 1026555720 CEL: 3043288119					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
GINA VALERIA ARDILA LOPEZ

CON C.C N°1.026.555.720

OBJETO DEL CONTRATO:PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO GESTOR OPERATIVO 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 7516 2025FECHA INICIO CONTRATO2025/10/09

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$3.710.053No. HORAS EJECUTADAS86

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$53.732.653VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$2.261.800

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASDIEZ (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)

1	1. OBLIGACION: 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.1.1 Actividad desarrollada: Presté mis servicios de manera oportuna y con criterios de calidad, garantizando el cumplimiento de las actividades asignadas en el marco del convenio.1.2 Evidencia: Registros de actividades, reportes operativos y listados de asistencia.
2	2. OBLIGACION: 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 Actividad desarrollada: Elaboré y presenté el cronograma mensual de actividades y el informe de ejecución correspondiente al cierre de cada mes. 2.2 Evidencia: Cronogramas mensuales e informes de gestión radicados.
3	3. OBLIGACION: VERIFICAR Y ENTREGAR LOS SOPORTES Y PRODUCTOS REALIZADOS QUE SE SOLICITE CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS DISPUESTOS POR LA SDS VALIDANDO CALIDAD Y VERACIDAD DE LOS MISMOS. 3.1 Actividad desarrollada: Verifiqué y entregué los soportes y productos solicitados, validando su calidad y veracidad conforme a los lineamientos establecidos. 3.2 Evidencia: Soportes documentales, formatos diligenciados y productos entregados.
4	4. OBLIGACION: DAR RESPUESTA A LAS CONTINGENCIAS GENERADAS POR SDS A NIVEL DISTRITO, ASÍ COMO LA DISPONIBILIDAD Y EJECUCIÓN DE LAS MISMAS. 4.1 Actividad desarrollada: Atendí y di respuesta oportuna a las contingencias generadas por la SDS a nivel distrital, asegurando su adecuada ejecución. 4.2 Evidencia: Actas, reportes de atención y comunicaciones oficiales.
5	5. OBLIGACION: 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 FDS Y LA SUBRED.
6	5.1 Actividad desarrollada: Participé y realicé procesos de inducción y reinducción al talento humano a cargo conforme a los lineamientos técnicos del convenio. 5.2 Evidencia: Listados de asistencia, actas y material de inducción.
7	6. OBLIGACION: 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 FDS Y LA SUBRED. 6.1 Actividad desarrollada: Revisé, alisté y entregué con criterios de calidad los formatos, documentos, bases e informes generados durante las intervenciones. 6.2 Evidencia: Formatos revisados, bases de datos e informes entregados.
8	7. OBLIGACION: 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 Actividad desarrollada: Verifiqué y notifiqué oportunamente los eventos de interés en salud pública detectados durante las intervenciones realizadas. 7.2 Evidencia: Formatos de notificación y registros en aplicativos oficiales.

9	8. OBLIGACION: 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. 8.1 Actividad desarrollada: Participé en las asistencias técnicas convocadas por la SDS conforme a los procesos y metas asignadas. 8.2 Evidencia: Actas de asistencia técnica y listados de asistencia.
10	9. OBLIGACION: APOYAR EN LA ORGANIZACIÓN DEL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL. 9.1 Actividad desarrollada: Apoyé la organización del archivo documental conforme a la normatividad y la tabla de retención documental vigente. 9.2 Evidencia: Carpetas organizadas y registros de archivo.
11	12. OBLIGACION: REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN. 12.1 Actividad desarrollada: Realicé las obligaciones adicionales relacionadas con el objeto del contrato requeridas por la supervisión. 12.2 Evidencia: Correos, actas y reportes de cumplimiento.
12	13 OBLIGACION: ENTREGAR BAJO SUPERVISIÓN DE CALIDAD LOS PRODUCTOS SUJETOS DE AUDITORÍA. 13.1 Actividad desarrollada: Entregué los productos sujetos de auditoría bajo criterios de calidad y supervisión establecidos. 13.2 Evidencia: Productos entregados y actas de revisión.
13	14. OBLIGACIÓN: REDACTAR LOS INFORMES DE GESTIÓN CORRESPONDIENTES SUJETOS DE AUDITORÍA. 14.1 Actividad desarrollada: Redacté los informes de gestión correspondientes conforme a los lineamientos y requisitos de auditoría. 14.2 Evidencia: Informes de gestión elaborados y radicados.
14	15. OBLIGACION: SUPERVISAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES PROPUESTAS EN EL MARCO DEL CUMPLIMIENTO OPERATIVO DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR. 15.1 Actividad desarrollada: Supervisé el cumplimiento de las actividades operativas propuestas en el marco del convenio. 15.2 Evidencia: Reportes de seguimiento y actas de supervisión.
15	16. OBLIGACION: ASISTENCIA A LAS REUNIONES Y COMITÉS CITADOS POR LA SDS Y EL CONVENIO MAS BIENESTAR EN TU HOGAR. 16.1 Actividad desarrollada: Asistí a las reuniones y comités citados por la SDS y el convenio. 16.2 Evidencia: Listados de asistencia y actas de reunión.
16	17. OBLIGACION: PLANIFICAR, DIRIGIR Y/O PARTICIPAR EN LOS ESPACIOS DE FORTALECIMIENTO TÉCNICO DEL TALENTO HUMANO OPERATIVO. 17.1 Actividad desarrollada: Planifiqué, dirigí y participé en espacios de fortalecimiento técnico del talento humano operativo. 17.2 Evidencia: Actas, listados de asistencia y material de apoyo.
17	18. OBLIGACION: 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 Actividad desarrollada: Realicé actividades en campo y acompañamiento, verificando el cumplimiento contractual y certificando las horas mensuales del personal a cargo. 18.2 Evidencia: Registros de campo y certificaciones de horas.
18	19. OBLIGACION: 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 Actividad desarrollada: Registré oportunamente las actividades realizadas en los aplicativos dispuestos por la SDS y la Subred. 19.2 Evidencia: Registros en aplicativos institucionales.
	20. OBLIGACION: ENTREGAR LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA CON OPORTUNIDAD CUANDO SE SOLICITE. 20.1 Actividad desarrollada: Entregué la documentación requerida de manera oportuna cuando fue solicitada. 20.2 Evidencia:

19	Radicados y constancias de entrega.
20	21. OBLIGACION: CUMPLIR, SEGÚN SU 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 Actividad desarrollada: Cumplí integralmente con las obligaciones establecidas en el anexo técnico y los lineamientos técnicos y operativos del convenio, según mi perfil. 21.2 Evidencia: Informes de cumplimiento y soportes contractuales.

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:	Nº 83563396-92901712	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/06/10	\$ 323.500
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/06/10	\$ 414.100
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/06/10	\$ 63.100
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 800.700

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 periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 GINA VALERIA ARDILA LOPEZ PS_7516_2025_E4AFC2 GINA VALERIA ARDILA LOPEZ CC: 1026555720
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ PS_7516_2025_E4AFC2 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_7516_2025_E4AFC2

LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA
SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1026555720	GINA VALERIA ARDILA LOPEZ		Cl 26 sur 78H 30	3410814	VALERYARD@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

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		83563396	10/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$2,577,400	\$816.700	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	322.200	0		0		0	6	1.500	0	323.700	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	412.400	0	0	0	0	6	1.900	0	414.300	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	62.800				62.800	6	300	63.100			628	63.100	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte
CCF24	Compensar Caja					860066942-7	15.500	6	100
									Total a Pagar
									15.600
									No. Afiliados
									1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	6	0	0	0
ICBF				
0	6	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	322.200	323.700
Pensión	1	412.400	414.300
Riesgos Laborales	1	62.800	63.100
CCF	1	15.500	15.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	812.900	816.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1026555720	GINA VALERIA ARDILA LOPEZ		Ci 26 sur 78H 30	3410814	VALERYARD@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		83563396	10/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$2,577,400	\$816.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES																		
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exigencia	Columna anterior	Exonerado	ING	RET	TAE	TAF	TGP	VGP	VST	SAN	RED	IVA	IVA	ASAP	VST	REL	CONFECCION	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 Riego	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1026555720	ARDILA LOPEZ GINA VALERIA	59	0		N																	230301	2.577.400	30	412.400	0	0	0	0	EPS017	2.577.400	30	322.200	14-7	2.577.400	30	3	62.800	CCCF24	2.577.400	30	15.500	0	0	0	0	0

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

**Fwd: PSE - Transacción Aprobada CUS 377623977**

Valeria Ardila <valeryard@gmail.com>

9 de junio de 2026 a las 7:43 p.m.

Valeria Ardila
Enfermera Jefe U. Javeriana

----- Forwarded message -----

De: <serviciopse@achcolombia.com.co>

Date: mar, 9 jun 2026, 7:42 p. m.

Subject: PSE - Transacción Aprobada  CUS 377623977

To: <valeryard@gmail.com>

**¡Hola, gina valeria ardila lopez!****Estado de la Transacción:** **Aprobada ****Los siguientes son los datos de tu transacción:****Valor:** \$ 816.700,00**Empresa:** COMPENSAR-OI**Descripción:** MiPlanilla.com Pago Proteccion Social**Fecha de la transacción:** 09/06/2026**CUS:** 377623977

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.

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1026555720	GINA VALERIA ARDILA LOPEZ		CI 26 sur 78H 30	3410814	VALERYARD@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
83563396	10/06/2026	92901712	23/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	N	\$2,587,920	\$3.800	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	1.300	0		0		0	19	100	0	1.400	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
230301	Porvenir	800224808-8	1.700	0	0	0	0	19	100	0	1.800	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	300				300	19	100	400			3	400	1

TOTALES CAJAS								
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	100	19	100	200	1	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	19	0	0	0
ICBF				
0	19	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	1.300	1.400
Pensión	1	1.700	1.800
Riesgos Laborales	1	300	400
CCF	1	100	200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	3.400	3.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1026555720	GINA VALERIA ARDILA LOPEZ		Cl 26 sur 78H 30	3410814	VALERYARD@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
83563396	10/06/2026	92901712	23/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	N	\$2,587,920	\$3.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE						INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sujeto Pasivo	Excepciones	Columna anterior	Exonerado	ING	RET	TAE	TAF	VGR	VST	SAJ	RGE	IVA	ASAP	VCT	IRL	CONFECCIÓN	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 Riego	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1026555720	ARDILA LOPEZ GINA VALERIA	59	0		N						X									230301	2.587.920	30	414.100	0	0	0	0	EPS017	2.587.920	30	323.500	14-7	2.587.920	30	3	63.100	CCF24	2.587.920	30	15.600	0	0	0	0	0

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



BBVA PSE...

bva.com.co



Pago exitoso

\$3.800,00

23 jun, 2026--3:29:31 PM

Producto o

servicio

MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

COMPENSAR-OI

Pagaste con

Cuenta de Ahorros

*7484

Código de confirmación
(CUS)

415473783

IP

191.156.226.243

[Volver al comercio](#)

