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	1018465744	CAROL LORENA CHACON NIEVES	Dg 51 c sur # 55-18	2388241	caro_lcn238@hotmail.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
		93861516	14/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$0	$744.000	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	300.300	0		0		0	1	300	0	300.600	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	384.400	0	0	0	0	1	300	0	384.700	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	58.600				58.600	1	100	58.700			586	58.700	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	1	0	0	0
ICBF				
0	1	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	300.300	300.600
Pensión	1	384.400	384.700
Riesgos Laborales	1	58.600	58.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	743.300	744.000

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	1018465744	CAROL LORENA CHACON NIEVES	Dg 51 c sur # 55-18	2388241	caro_lcn238@hotmail.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
		93861516	14/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$0	$744.000	

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	Excenuado	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 1018465744	CHACON NIEVES CAROL LORENA	59	0			N																	230301	2.402.000	30	384.400	0	0	0	0	EPS017	2.402.000	30	300.300	14-11	2.402.000	30	3	58.600		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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: (31-07-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**CAROL LORENA CHACON NIEVES**			**CC:**	**1018465744**
CORREO ELECTRÓNICO:	**LORENA940324@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3203941230**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**DG 51C SUR 55 18**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488428413394**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 4094 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 5.087.004**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/05/25**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31**				

CAROL LORENA CHACON NIEVES
PS_4094_2026_9E39D7

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CAROL LORENA CHACON NIEVES
CC: 1018465744
CEL: 3203941230

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			
CAROL LORENA CHACON NIEVES			
	CON C.C N°	**1.018.465.744**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO ENFERMERO A PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEGUN RESOLUCION 711 24 04 2025.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 4094 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/05/25**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 7.400.069	**No. HORAS EJECUTADAS**	**156**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 12.000.112	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 5.087.004
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ		

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	REALIZAR LA APROPIACIÓN CONCEPTUAL, TÉCNICA Y OPERATIVA DE LA RESOLUCIÓN 711 DEL 24 DE ABRIL DE 2025, LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018 (RPMS), EL LINEAMIENTO TÉCNICO-OPERATIVO DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD: CONFORMACIÓN, OPERACIÓN Y SEGUIMIENTO, ASÍ COMO DE TODAS AQUELLAS NORMAS QUE LAS MODIFIQUEN, ADICIONEN O COMPLEMENTEN, EN EL MARCO DEL MODELO PREVENTIVO Y PREDICTIVO Y EL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS).
2	PARTICIPAR DE MANERA INDELEGABLE EN LAS CAPACITACIONES RELACIONADAS CON LOS APLICATIVOS REQUERIDOS PARA EL REGISTRO DE LAS INTERVENCIONES, TALES COMO GTAPS, DINÁMICA GERENCIAL, PAI WEB 2.0 Y LOS DEMÁS SISTEMAS DEFINIDOS POR LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD, EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y LA SUBRED.
3	REALIZAR LA CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LOS USUARIOS Y FAMILIAS ASIGNADAS, GARANTIZANDO EL CUMPLIMIENTO DE LA META ESTABLECIDA POR FAMILIAS DURANTE EL PERÍODO CONTRACTUAL, CONFORME AL MODELO PREVENTIVO Y PREDICTIVO Y EL ENFOQUE DE APS.
4	EJECUTAR LOS TAMIZAJES DEFINIDOS EN EL LINEAMIENTO TÉCNICO DURANTE EL PROCESO DE CARACTERIZACIÓN, INCLUYENDO APGAR FAMILIAR, TOMA DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS CONFORME A LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018 Y LINEAMIENTOS DE LA OMS, APLICACIÓN DE FINDRISC, CUESTIONARIO DE EPOC Y DILIGENCIAMIENTO DE PLANILLAS DE FIRMAS.
5	REALIZAR LA VALORACIÓN INTEGRAL DE LOS USUARIOS AL MOMENTO DE LA INTERVENCIÓN, IDENTIFICAR RIESGOS INDIVIDUALES Y FAMILIARES Y EFECTUAR LA DERIVACIÓN O DIRECCIONAMIENTO OPORTUNO SEGÚN EL ANÁLISIS DE RIESGO, CURSO DE VIDA Y CONDICIÓN DE SALUD. CUANDO SE IDENTIFIQUE POBLACIÓN PRIORIZADA (GESTANTES, MENORES DE CINCO AÑOS, PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS, ADULTOS MAYORES, PERSONAS CON DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA Y CUIDADORES), DEBERÁ PROGRAMAR VISITA DE SEGUIMIENTO GARANTIZANDO LA ATENCIÓN INTEGRAL POR PARTE DEL EQUIPO.
6	VERIFICAR LA FRECUENCIA DE USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD CONFORME AL ESQUEMA DE INTERVENCIONES Y ATENCIONES INDIVIDUALES ESTABLECIDO EN EL LINEAMIENTO TÉCNICO-OPERATIVO Y LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018, CON EL FIN DE DEFINIR EL TIPO DE ATENCIÓN QUE CORRESPONDE A CADA USUARIO.
7	PROGRAMAR, REALIZAR Y REGISTRAR LAS ATENCIONES EN SALUD CONFORME A LA PERIODICIDAD ESTABLECIDA, LA CLASIFICACIÓN FAMILIAR (ALTA, MEDIA Y BAJA) Y EL TIPO DE FAMILIA (1, 2, 3 Y 4), EN MODALIDAD PRESENCIAL O TELEFÓNICA, DE ACUERDO CON LA CONDICIÓN DE SALUD Y LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS VIGENTES.
8	EN CASO DE IDENTIFICAR INTEGRANTES PERTENECIENTES A POBLACIÓN PRIORIZADA, TALES COMO MUJERES GESTANTES, NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS, PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS, ADULTOS MAYORES, PERSONAS CON DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA Y SUS CUIDADORES, PROGRAMAR UNA NUEVA VISITA GARANTIZANDO LA PRESENCIA DEL USUARIO Y LA ATENCIÓN INTEGRAL POR PARTE DEL EQUIPO.
9	CONSULTAR EL ESQUEMA DE VACUNACIÓN DE LOS USUARIOS EN EL APLICATIVO PAI WEB 2.0 Y, EN CASO DE IDENTIFICAR ESQUEMAS INCOMPLETOS O INCONSISTENCIAS, INFORMAR OPORTUNAMENTE AL PROFESIONAL RESPONSABLE DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN.
10	IDENTIFICAR POBLACIÓN SIN ASEGURAMIENTO QUE CUMPLA CRITERIOS DE AFILIACIÓN POR OFICIO Y REMITIR OPORTUNAMENTE LA INFORMACIÓN AL EQUIPO CORRESPONDIENTE PARA LA GESTIÓN A TRAVÉS DEL SISTEMA DE AFILIACIÓN TRANSACCIONAL.

11	REALIZAR CONTACTO TELEFÓNICO CON EL USUARIO O CUIDADOR PARA VERIFICAR DATOS DE UBICACIÓN E INFORMAR EL DÍA PROGRAMADO PARA LA ATENCIÓN DOMICILIARIA.
12	GARANTIZAR LA APERTURA, DILIGENCIAMIENTO, ACTUALIZACIÓN Y CIERRE DE LOS APLICATIVOS Y FORMATOS FÍSICOS O MAGNÉTICOS REQUERIDOS, ASEGURANDO CALIDAD, VERACIDAD, COMPLETITUD Y OPORTUNIDAD DE LA INFORMACIÓN, Y REALIZANDO EL REGISTRO DENTRO DE LAS PRIMERAS VEINTICUATRO (24) HORAS POSTERIORES A LA ATENCIÓN. EL INCUMPLIMIENTO DEL CARGUE OPORTUNO Y CON CALIDAD DEL DATO SERÁ OBJETO DE AUDITORÍA Y CONDICIONARÁ EL RECONOCIMIENTO DEL PAGO DE HONORARIOS.
13	IDENTIFICAR RIESGOS EN SALUD Y/O SOCIALES Y DILIGENCIAR EL FORMATO DE CANALIZACIÓN SIRC DE MANERA OPORTUNA, COMPLETA Y CON CALIDAD DEL DATO, DENTRO DE LAS VEINTICUATRO (24) HORAS POSTERIORES A LA ATENCIÓN.
14	VERIFICAR QUE LOS USUARIOS HAYAN RECIBIDO LAS ATENCIONES OBLIGATORIAS SEGÚN SU CURSO DE VIDA Y, EN CASO DE INCUMPLIMIENTO, REALIZAR LA ORDEN O CANALIZACIÓN CORRESPONDIENTE, DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS VIGENTES.
15	EJECUTAR ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD, TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN, EN MODALIDAD INTRAMURAL, EXTRAMURAL Y/O ADMINISTRATIVA, DE ACUERDO CON LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES Y LA NECESIDAD DEL SERVICIO.
16	REALIZAR LA NOTIFICACIÓN OPORTUNA DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA, EVENTOS DE VIOLENCIA O IDEACIÓN E INTENTOS DE SUICIDIO A TRAVÉS DE SIVIGILA, SIVIM O SISVECOS, SEGÚN CORRESPONDA, DENTRO DE LAS PRIMERAS VEINTICUATRO (24) HORAS POSTERIORES A SU IDENTIFICACIÓN Y CON CALIDAD Y VERACIDAD DEL DATO.

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 (2026-07-01) AL (2026-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 93429316	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/07/10	$ 300.300
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/07/10	$ 384.400
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/07/10	$ 58.600
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 743.300

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	*CAROL LORENA CHACON NIEVES* *PS_4094_2026_9E39D7* **CAROL LORENA CHACON NIEVES** **CC: 1018465744**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ* *PS_4094_2026_9E39D7* **LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**