Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	CÓDIGO: AP-CT-F-16-08 VERSIÓN: 8 PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 28/07/2020

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA: **IGORLY MAYERLING MAURELL OSPINA**			
TIPO DE DOCUMENTO:	**C.C X C.E**	**NO.**	**1127602989**
CELULAR: **3172677867**	CORREO ELECTRÓNICO: **igoraa@yahoo.com**	SEDE: **HOSPITAL SUBA CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADO**	CENTRO DE COSTOS: **CESD01 - PARTOS Y CESAREAS USS CES**
PROCESO: **DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS**		SERVICIO: **ASISTENCIAL**	
ENTIDAD FINANCIERA: **BANCO DAVIVIENDA**	TIPO DE CUENTA: **AHORROS**	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: **452900088231**	
PENSIONADO:	**SI No X**		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: **2091-2026**		N° DE PAGOS DEL CONTRATO: **4**	

CDP 1	164	**FECHA**	22/01/2026	**CRP 1**	10960	**FECHA**	01/02/2026
CDP 2	703	**FECHA**	20/05/2026	**CRP 2**	21347	**FECHA**	22/05/2026
CDP 3	769	**FECHA**	28/05/2026	**CRP 3**	22347	**FECHA**	29/05/2026
CDP 4	894	**FECHA**	22/06/2026	**CRP 4**	23997	**FECHA**	26/06/2026
CDP 5	1028	**FECHA**	21/07/2026	**CRP 5**	27066	**FECHA**	24/07/2026
CDP 6	1164	**FECHA**	26/08/2026	**CRP 6**	35209	**FECHA**	26/08/2026

OBJETO DEL CONTRATO: **Prestar servicios profesionales o de apoyo a la gestión administrativa y/ o asistencial en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.**

PERIODO CERTIFICADO:	**DESDE**			**HASTA**		
	DÍA	**MES**	**AÑO**	**DÍA**	**MES**	**AÑO**
	01	**08**	**2026**	**31**	**08**	**2026**

VALOR HONORARIOS MENSUALES: **$ 14.810.796**	TIPO DE SERVICIOS: **ASISTENCIAL**	VALOR HORA / DÍA: **$ 94.941**

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias, alivios tributarios, etc.)

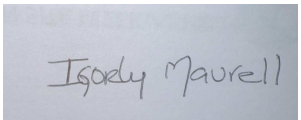
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	**$ 107.093.448**
VALOR EJECUTADO	$ 92.852.298
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$ 14.241.150**
TOTAL HORAS CONTRATADAS	156
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	150
SALDO POR EJECUTAR	$ 14.241.150
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	**86.7 %**

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE: De conformidad al decreto 1273 de 2018, el supervisor certifica que los aportes pagados en la planilla de seguridad social (EPS, Pensiones y ARL) del mes anterior corresponden al periodo a certificar. **El supervisor del contrato hace constar que los datos registrados en la presente certificación de cumplimiento fueron debidamente revisados y son veraces.**

IBC DE COTIZACIÓN Mes Vencido	APORTE SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSIÓN 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES	Número de Planilla Mes Vencido
$ 5.924.318	$ 1.022.700	$ 1.391.000	III	$ 199.300	**$ 2.613.000**	93808242

Dado en Bogotá a los **31** días del mes de **Agosto** del año **2026**. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR ANDREA SANDOVAL CASTRO CC: 52770916	 **NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA** IGORLY MAYERLING MAURELL OSPINA CC: 1127602989

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	**INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN CONTRACTUAL	CÓDIGO: AP-CT-F-50 VERSIÓN: 4 PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 07/11/2024

ÁREA Y/O SERVICIO: **DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS**	UNIDAD: **HOSPITAL SUBA CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADO**						
No. DE CONTRATO: **2091-2026**	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: **ANDREA SANDOVAL CASTRO**		01	08	2026	31	08	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: **IGORLY MAYERLING MAURELL OSPINA**	DOCUMENTO: **1127602989**						
OBJETO DEL CONTRATO: **Prestar servicios profesionales o de apoyo a la gestión administrativa y/ o asistencial en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.**							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): **86.7 %**							

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
Contribuir con el mantenimiento y mejora del sistema Obligatorio de la calidad institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema único de Habilitación, Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.	Cumplimiento de los estándares de habilitación en la atención ginecológica y obstétrica. Aplicación de guías de práctica clínica y protocolos institucionales para la atención de pacientes. Registro completo, oportuno y veraz de la historia clínica y demás documentos asistenciales. Participación en auditorías internas y procesos de mejoramiento continuo de la calidad. Notificación y seguimiento de eventos adversos e incidentes relacionados con la atención en salud. Participación en comités institucionales (mortalidad materna, seguridad del paciente, infecciones, historias clínicas, entre otros).
Desarrollar las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.	Brindé atención integral en consulta externa, urgencias, hospitalización y sala de partos, garantizando una atención segura y centrada en la paciente. Implementé las guías de práctica clínica y protocolos institucionales para la prevención, diagnóstico y tratamiento de patologías ginecológicas y obstétricas. Identifiqué y gestioné oportunamente los riesgos maternos y perinatales, realizando seguimiento a pacientes de alto riesgo y activando las rutas de atención correspondientes. Promoví la humanización de la atención mediante una comunicación clara, el respeto por la dignidad, la privacidad, la autonomía y los derechos de las pacientes y sus familias. Participé en actividades de mejora continua, auditorías clínicas y análisis de indicadores de calidad para fortalecer la seguridad del paciente.
Dar cumplimiento a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución.	umplimiento de la programación de consulta externa, procedimientos, hospitalización, urgencias y atención de sala de partos de acuerdo con los tiempos establecidos por la institución. Atención oportuna de pacientes, garantizando el cumplimiento de las metas de productividad y calidad del servicio. Valoración, diagnóstico y tratamiento de pacientes ginecológicas y obstétricas conforme a las guías de práctica clínica y protocolos institucionales. Realización de procedimientos ginecológicos y obstétricos dentro de los tiempos programados, optimizando el uso de los recursos disponibles. Diligenciamiento completo y oportuno de la historia clínica, órdenes médicas, consentimientos informados y demás registros requeridos.
Cumplir con los procesos prioritarios, establecidos para el funcionamiento del servicio de acuerdo con la normatividad vigente y el servicio en el que ejecute sus actividades.	Cumplimiento de los procesos asistenciales prioritarios establecidos por la institución y la normatividad vigente para la atención ginecológica y obstétrica. Aplicación de guías de práctica clínica, protocolos institucionales y rutas integrales de atención en salud durante la atención de las pacientes. Valoración, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes conforme a los estándares de calidad y seguridad del paciente. Realización de procedimientos ginecológicos y obstétricos de acuerdo con los protocolos institucionales y las normas de bioseguridad. Diligenciamiento completo, oportuno y veraz de la historia clínica y demás registros asistenciales, garantizando la trazabilidad de la atención.
Realizar recibo y entrega de turno diligenciando los formatos institucionales.	Realicé el recibo y entrega de turno de manera oportuna, garantizando la continuidad y seguridad en la atención de las pacientes. Diligencié correctamente los formatos institucionales de entrega y recibo de turno, registrando la información clínica relevante.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
	Informé el estado clínico, evolución, diagnósticos, tratamientos, procedimientos realizados y pendientes de cada paciente. Reporté oportunamente novedades, eventos adversos, resultados de ayudas diagnósticas y cambios en la condición clínica de las pacientes.
Cumplir con las actividades asignadas de acuerdo a las necesidades de la institución y en los servicios cumpliendo con: Respuesta de interconsultas, ronda médica y evoluciones, realización procedimientos de acuerdo al servicio y/o área asignada, realizar los registros en historia clínica de manera completa, legible y oportuna (evolución, ordenes médicas, descripción procedimientos médicos, respuesta interconsulta, y otros según el caso)dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999; realizar la notificación de sucesos de seguridad, IACS, Eventos de interés en salud Pública; Direccionar los pacientes a RIAS de acuerdo a su ciclo de vida y demás actividades propias de la especialidad .	Brindé atención especializada en ginecología y obstetricia de acuerdo con las necesidades del servicio y la programación institucional. Respondí de manera oportuna las interconsultas solicitadas por los diferentes servicios, emitiendo conceptos especializados y definiendo conductas médicas. Realicé rondas médicas diarias a pacientes hospitalizadas, evaluando su evolución clínica, ajustando el manejo terapéutico y definiendo planes de tratamiento. Ejecuté procedimientos ginecológicos y obstétricos propios de la especialidad, conforme a las guías de práctica clínica, protocolos institucionales y criterios de seguridad del paciente. Diligencié la historia clínica de forma completa, clara, legible y oportuna, incluyendo evoluciones, órdenes médicas, notas operatorias, descripción de procedimientos, respuestas a interconsultas y demás registros asistenciales, en cumplimiento de la Resolución 1995 de 1999. Notifiqué oportunamente los sucesos de seguridad del paciente, infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS), eventos adversos y eventos de interés en salud pública, de acuerdo con la normatividad vigente y los lineamientos institucionales. Direccioné a las pacientes a las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) correspondientes, de acuerdo con su ciclo de vida, condición clínica y necesidades de atención.
Brindar información al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento de acuerdo con la política de humanización de la institución.	Se brindó información clara, completa y oportuna a las pacientes y sus familias sobre el estado de salud, diagnóstico, opciones terapéuticas, riesgos, beneficios, posibles complicaciones y cuidados posteriores, resolviendo inquietudes y favoreciendo la toma de decisiones informadas, en cumplimiento de la política institucional de humanización y del proceso de consentimiento informado.
Aplicar las Políticas institucionales, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos implementados por la institución	Se aplicaron las políticas institucionales, guías de práctica clínica, protocolos, instructivos, manuales, procesos y procedimientos establecidos por la institución durante la atención ginecológica y obstétrica, garantizando una atención segura, oportuna, humanizada y con criterios de calidad, conforme a la normatividad vigente.
Realizar la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública.	Se efectuó la notificación oportuna de los sucesos de seguridad del paciente, infecciones asociadas a la atención en salud y eventos de interés en salud pública, conforme a los protocolos institucionales y la normatividad vigente.
Registrar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al día.	Se realizó el registro oportuno, completo y permanente de la información derivada de la atención ginecológica y obstétrica en los sistemas de información institucionales, manteniendo actualizadas las historias clínicas, diagnósticos, procedimientos, órdenes médicas, formulaciones, incapacidades, remisiones y demás registros asistenciales, garantizando la calidad, integridad y oportunidad de la información.
Cumplir con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación correspondiente.	Asistí y participé oportunamente en las capacitaciones virtuales y presenciales convocadas por la Subred Norte E.S.E., de acuerdo con la programación institucional. Completé satisfactoriamente las actividades de formación relacionadas con calidad, seguridad del paciente, humanización, bioseguridad, gestión del riesgo, habilitación, acreditación y demás temas institucionales.
Presentar las evaluaciones de adherencia y conocimientos programadas por la Subred Norte para medir la adherencia a los procesos, procedimientos, guías, instructivos, entrenamiento en puesto de trabajo, manuales, inducción y reinducciones y todas y cada una de las solicitadas por la Subred Norte ESE	resenté oportunamente las evaluaciones de conocimientos y adherencia programadas por la Subred Norte E.S.E., de acuerdo con el cronograma institucional. Demostré adherencia a los procesos, procedimientos, guías de práctica clínica, protocolos, manuales e instructivos institucionales aplicables a la especialidad de Ginecología y Obstetricia. Participé en las actividades de inducción, reinducción, entrenamiento en el puesto de trabajo y capacitación continua organizadas por la institución. Apliqué en la práctica asistencial los conocimientos adquiridos durante las capacitaciones, garantizando el cumplimiento de los lineamientos institucionales. Atendí las evaluaciones y actividades de seguimiento orientadas a verificar el cumplimiento de los estándares de calidad, seguridad del paciente, habilitación y acreditación.
Cumplir con el cuidado de los equipos y elementos puestos a disposición para el desarrollo del objeto contractual.	Hice uso adecuado y responsable de los equipos biomédicos, dispositivos médicos y demás elementos asignados para el desarrollo de las

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
	actividades asistenciales. Verifiqué el correcto funcionamiento de los equipos antes de su utilización, garantizando la seguridad de las pacientes y del personal de salud.
Asistir a los comités intra y extrainstitucionales, cuando sea requerido.	Contribuí al análisis de eventos adversos, complicaciones materno-perinatales y oportunidades de mejora, proponiendo acciones correctivas y preventivas. Apoyé la formulación y seguimiento de planes de mejoramiento derivados de los comités institucionales. Compartí conocimientos y recomendaciones clínicas con el equipo interdisciplinario, favoreciendo la atención integral y segura de las pacientes. Di cumplimiento a los compromisos y acciones definidas en los comités, contribuyendo al fortalecimiento de los procesos asistenciales y administrativos. Promoví el trabajo colaborativo y la comunicación efectiva con las diferentes áreas de la institución, apoyando los procesos de calidad, habilitación y acreditación.
Participar en el proceso de habilitación y acreditación en salud de la Subred Norte aplicando las herramientas impartidas por el Hospital para la implementación de los sistemas integrados de gestión de la calidad y control con énfasis en la acreditación de la Entidad.	Contribuí al cumplimiento de los estándares de calidad mediante el diligenciamiento completo, oportuno y veraz de la historia clínica y demás registros institucionales. Reporté y gestioné oportunamente eventos adversos, incidentes y oportunidades de mejora, apoyando las acciones correctivas y preventivas. Participé en capacitaciones, socializaciones y actividades de actualización relacionadas con el Sistema Único de Habilitación, el Sistema Único de Acreditación y la mejora continua de la calidad. Promoví el cumplimiento de los indicadores de calidad, la adherencia a los protocolos institucionales y el trabajo interdisciplinario para fortalecer la atención segura y de excelencia. Contribuí al fortalecimiento de la cultura de calidad y mejoramiento continuo, apoyando el cumplimiento de los objetivos institucionales y del proceso de acreditación de la Subred Norte.
Cumplir con las competencias requeridas para el desarrollo de la cultura organizacional y del objeto contractual, de tal manera que favorezca el proceso de habilitación y acreditación al interior de la institución	Participé activamente en las capacitaciones, inducciones, reinducciones y actividades de educación continua programadas por la institución, fortaleciendo las competencias profesionales. Apliqué los principios, valores y políticas institucionales en el desarrollo de las actividades asistenciales, promoviendo una cultura organizacional orientada a la calidad, la seguridad y la humanización. Contribuí al cumplimiento de los estándares del Sistema Único de Habilitación y del Sistema Único de Acreditación mediante la aplicación de los protocolos, guías de práctica clínica y procesos institucionales. Participé en auditorías, comités asistenciales y actividades de mejoramiento continuo, implementando acciones orientadas al fortalecimiento de la calidad de la atención.
Apoyar la ejecución coordinada de actividades en el servicio donde se le asigne y en armonía con los otros servicios y áreas de la institución.	Coordiné de manera oportuna las actividades asistenciales con los diferentes servicios y áreas de la institución, garantizando la continuidad de la atención. Trabajé de forma articulada con el equipo interdisciplinario (enfermería, pediatría, anestesiología, cirugía, medicina interna, laboratorio clínico, imágenes diagnósticas y trabajo social), favoreciendo una atención integral y segura. Participé en rondas médicas, entrega y recibo de turno, juntas médicas y reuniones asistenciales para la planificación y seguimiento del manejo de las pacientes.
Cumplir con criterios de autocontrol de insumos medico quirúrgicos en la prestación del servicio y en el desarrollo de las actividades,	Realicé el uso racional y adecuado de los insumos médico-quirúrgicos durante la atención ginecológica y obstétrica, de acuerdo con los protocolos institucionales. Verifiqué la disponibilidad, integridad, fecha de vencimiento y condiciones de almacenamiento de los insumos antes de su utilización. Utilicé los insumos estrictamente necesarios para cada procedimiento, evitando desperdicios y promoviendo el uso eficiente de los recursos institucionales. Reporté oportunamente las novedades relacionadas con el desabastecimiento, deterioro o vencimiento de insumos médico-quirúrgicos. Cumplí con las normas de bioseguridad y técnicas de asepsia y antisepsia en el manejo de materiales e insumos utilizados durante los procedimientos. Registré de manera oportuna, cuando fue requerido, el consumo de insumos utilizados en los procedimientos realizados, de acuerdo con los

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
	lineamientos institucionales. Contribuí al autocontrol y seguimiento del uso de insumos, garantizando su adecuada utilización y favoreciendo la calidad, seguridad del paciente y sostenibilidad de los recursos institucionales.
Aplicar los principios y valores institucionales poniendo en la práctica del diario quehacer de la entidad, haciendo énfasis en el trato digno y humanización en la prestación del servicio para usuarios, familia, comunidad y compañeros de la entidad, con el fin de apoyar la habilitación y acreditación de la Subred Norte.	Contribuí a la humanización de la atención mediante un enfoque centrado en la paciente, considerando sus necesidades, preferencias y contexto biopsicosocial. Fortalecí la seguridad del paciente mediante el cumplimiento de los protocolos institucionales y las buenas prácticas asistenciales. Participé en actividades de capacitación y estrategias institucionales orientadas al fortalecimiento de la cultura de humanización, calidad y seguridad del paciente. Mantuve una actitud de servicio, respeto y colaboración con el equipo interdisciplinario, favoreciendo un ambiente laboral armónico y orientado al mejoramiento continuo. Apoyé el cumplimiento de los estándares de habilitación y acreditación de la Subred Norte, mediante la aplicación de las políticas institucionales de calidad, humanización y atención centrada en el usuario.

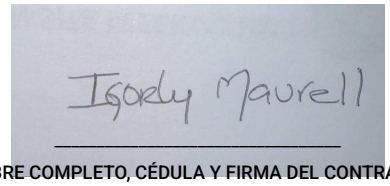
OBSERVACIONES:

150 HORAS CERTIFICADAS

TOTAL A PAGAR:

$ 14.241.150 — CATORCE MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y UNO MIL CIENTO CINCUENTA PESOS M/CTE

Fecha: 31/08/2026



NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA
IGORLY MAYERLING MAURELL OSPINA
CC: 1127602989

Fecha: 31/08/2026



FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR
ANDREA SANDOVAL CASTRO
CC: 52770916

Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.

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	1127602989	IGORLY MAYERLING MAURELL OSPINA	CRA 7 C # 138-60. Apto 502	3172677867	igoraa@yahoo.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
		93808242	03/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$0	$2.613.000	

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	1.022.700	0		0		0	0	0	0	1.022.700	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.309.000	0	0	41.000	41.000	0	0		1.391.000	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	199.300				199.300	0	0	199.300			1.993	199.300	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	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	1.022.700	1.022.700
Pensión	1	1.391.000	1.391.000
Riesgos Laborales	1	199.300	199.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2.613.000	2.613.000

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	1127602989	IGORLY MAYERLING MAURELL OSPINA	CRA 7 C # 138-60. Apto 502	3172677867	igoraa@yahoo.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
		93808242	03/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$0	$2.613.000	

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	Excarcelado	INS	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 1127602989	MAURELL OSPINA IGORLY MAYERLING	59	0			N																	25-14	8.181.000	30	1.309.000	0	0	41.000	41.000	EPS008	8.181.000	30	1.022.700	14-11	8.181.000	30	3	199.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
9efd688cfbc847882d68a4f57f453b1fff7019dbb184c750b3b8bea1ad625bc3a8e0e5823023751d41c62a160ff6e593

Número de Factura: IMO-290
Fecha de Emisión: 20/08/2026
Fecha de Vencimiento: 19/09/2026
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Crédito
Medio de Pago: Transferecia Crédito
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: MAURELL OSPINA IGORLY MAYERLING
Nombre Comercial: MAURELL OSPINA IGORLY MAYERLING
Nit del Emisor: 1127602989
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal:O-47
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8621

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CR 7 C 138 60 AP 502
Teléfono / Móvil: 3003455189
Correo: igoraa@yahoo.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 900971006
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CL 66 15 51
Teléfono / Móvil: 4431790
Correo: facturaelectronica@subrednorte.gov.co

Detalles de Productos

								IMPUESTOS				Precio unitario de venta
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IVA	%	INC	%	
1	01	HONORARIOS MEDICOS E SPECIALIZADOS	HUR	150,00	$ 94.941,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 14.241.150,00

Notas Finales

HONORARIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS
Linea de negocio: HONORARIOS PERTENEZCO AL REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION

Datos Totales



Documento generado el:
20/08/2026 07:02:03
Documento validado por la DIAN:
20/08/2026 07:02:04
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	14241150
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	14241150
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	14241150
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 14241150

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	14.241.150,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	14.241.150,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	14.241.150,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 14.241.150,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764085197795 Rango desde: 201 Rango hasta: 2000 Vigencia: 2026-12-12