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	1022947390	YURI MARCELA CIFUENTES GARZON	CL 94 SUR 8C 22	3202841073	sharikyjhon@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
		95030918	18/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$541.800	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	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	0	0	42.700			427	42.700	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	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	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

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	1022947390	YURI MARCELA CIFUENTES GARZON	CL 94 SUR 8C 22	3202841073	sharikyjhon@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
		95030918	18/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$541.800	

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	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 1022947390	CIFUENTES GARZON YURI MARCELA	59	0			N																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700		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: (31-08-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**YURI MARCELA CIFUENTES GARZON**			**CC:**	**1022947390**
CORREO ELECTRÓNICO:	**sharikyjhon@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3202841073**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**cll 94 sur # 8c 22**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**004800578413**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1867 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.873.100**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/03**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/08/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31**				

YURI MARCELA CIFUENTES GARZON
PS_1867_2026_74E25C

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
YURI MARCELA CIFUENTES GARZON
CC: 1022947390
CEL: 3202841073

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			
YURI MARCELA CIFUENTES GARZON			
	CON C.C N°	**1.022.947.390**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION III PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1867 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/03**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 11.492.400	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 20.009.090	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.873.100
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ		

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	1. RECEPCIONE A DIARIO LAS FACTURAS GENERADAS Y ORGANIZAR POR PAGADOR.2. VERIFIQUE CONTRA HISTORIA CLINICA QUE SE ENCUENTREN FACTURADOS Y REGISTRADOS TODOS LOS PROCEDIMIENTOS, MEDICAMENTOS E INSUMOS DEL USUARIO ATENDIDO.3. REALIZE LIQUIDACION Y CARGUE DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD Y ACUERDO DE VOLUNTADES CON LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO (ERP)4. VERIFIQUE QUE LAS FACTURAS CONTENGAN LAS TARIFAS Y SOPORTES DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD Y ACUERDO DE VOLUNTADES CON LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO (ERP)5. REALIZE Y CONSOLIDAR LAS CAUSALES DE DEVOLUCIONES DE LAS FACTURAS ELECTRONICAS DE VENTA (FEV) O REGISTROS DE SERVICIO, PARA CORRECCION DE FORMA OPORTUNA 6. GENERE LAS RELACIONES DE ENVIO Y SOLICITUD DE RIPS OPORTUNAMENTE, POR CADA UNA DE LAS FEV A RADICAR A LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO.7. GARANTIZE LA RADICACION OPORTUNA DE LA FACTURACION DE LAS ENTIDADES ASIGNADAS, DE ACUERDO CON LAS FECHAS PROGRAMADAS.8. INFORME OPORTUNAMENTE A LA COORDINACION DE FACTURACION LAS RAZONES QUE PODRIAN DIFICULTAR O LA NO RADICACION OPORTUNA DE LAS FACTURAS. 9. REALIZE DESPLAZAMIENTO A LAS EAPB PARA ENTREGA DE FACTURAS, EN CASO DE SER NECESARIO.10. REGISTRE Y SUBIR LAS FACTURAS Y SOPORTES EN LOS APLICATIVOS WEB DISPONIBLES POR LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO, PARA RADICACION DE FACTURAS.11. REALIZE ACOMPAÑAMIENTO A LOS FACTURADORES QUE SE ENCUENTRAN EN LOS CENTROS DE ATENCION, GARANTIZANDO LOS SOPORTES NECESARIOS PARA LA RADICACION EFECTIVA ANTES LAS DIFERENTES ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO.12. DI RESPUESTA A LAS DEVOLUCIONES DE FACTURAS DE FORMA OPORTUNA Y DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE.13. BRINDE EL APOYO NECESARIO Y REALIZAR PLANES DE CONTINGENCIA EN EL MOMENTO EN QUE NO SE CUENTE CON EL SISTEMA DE INFORMACION DGH Y BASES DE DATOS.14. REALIZE ACTUALIZACION EN CUANTO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN EL SGSSS 15. REALICE LAS DEMAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL QUE ASIGNE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO.16. PARTICIPE EN TODAS LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR EL AREA O POR LA SUBRED.17. REALIZE ACOMPAÑAMIENTO Y CAPACITACION AL TALENTO HUMANO SEGUN SEA DESIGNADO. 18. ES RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA ENTREGAR EL DINERO RECAUDADO EN LA VENTANILLA, EN CASO DE EXISTIR ALGUNA DIFERENCIA ESTA SERA DESCONTADA DE LOS HONORARIOS QUE SE CERTIFIQUEN EN EL MES CORRESPONDIENTE AL FALTANTE.

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 (2026-08-01) AL (2026-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 94231946	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/08/24	$ 218.861
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/08/24	$ 280.142
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/08/24	$ 42.651
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 541.654

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	*YURI MARCELA CIFUENTES GARZON* *PS_1867_2026_74E25C* **YURI MARCELA CIFUENTES GARZON** **CC: 1022947390**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*YURLEY MARIA ALVAREZ HOYOS* *PS_1867_2026_74E25C* **YURLEY MARIA ALVAREZ HOYOS** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ* *PS_1867_2026_74E25C* **ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

EN

ADRES

SECCIÓN
EPS

Procesos

- BDUA
- Régimen Contributivo
  - Subprocesos
  - Normativa
  - Caja de Herramientas
  - Consultas
  - Afiliados Compensados
  - Devolución de Aportes
- Régimen Subsidiado
- Recobros
- Presupuestos Máximos
- Reintegros

Reconocimiento COVID-19

Giro Directo

Inicio > Eps > Procesos > Regimen Contributivo > Afiliados Compensados

Afiliados Compensados

¿Qué es el proceso de compensación en salud?

El proceso de compensación es un mecanismo mediante el cual la ADRES reconoce y gira a las Entidades Promotoras de Salud - EPS los recursos del aseguramiento correspondientes a los afiliados al régimen contributivo y sus beneficiarios. Estos recursos incluyen:

- La Unidad de Pago por Capitación - UPC, destinada a cubrir la atención en salud.
- Los recursos para el pago de incapacidades por enfermedad general de los cotizantes.
- Los recursos para financiar actividades de promoción y prevención (PyP).

Para llevar a cabo este proceso, la ADRES realiza cruces de información entre diversas fuentes, tales como:

- La información reportada por los operadores de información de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes - PILA.
- El recaudo de los aportes en las cuentas maestras de titularidad de la ADRES asignadas a cada EPS.
- La Base de Datos Única de Afiliados - BDUA.
- Información sobre personas fallecidas, documentos de identificación cancelados o no válidos reportados por la Registraduría Nacional del Estado Civil, Migración Colombia y el Ministerio de Salud y Protección Social.

- Información de afiliación reportada por las entidades que administran los regímenes especiales y de excepción.

¿Qué significa que un afiliado esté compensado?

¿Qué implicaciones tiene para los afiliados?

¿Qué hacer si aparecen días no compensados?

MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

"El Ministerio de Salud y Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contie
conforme a las fechas definidas en el Decreto 780 de 2016 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS
Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las es
por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nun
para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si Usted encuentra una inconsistenci
publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta
correspondiente a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -
a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO

TIPO IDENTIFICACION	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO
CC	1022947390	CIFUENTES	GARZON	YURI	MARCELA	2026-07
CC	1022947390	CIFUENTES	GARZON	YURI	MARCELA	2021-12

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO
Salud Total	07/2026	30	COTIZANTE
Salud Total	06/2026	30	COTIZANTE
Salud Total	05/2026	30	COTIZANTE
Salud Total	04/2026	30	COTIZANTE
Salud Total	03/2026	30	COTIZANTE
Salud Total	02/2026	30	COTIZANTE
Salud Total	01/2026	30	COTIZANTE
Salud Total	12/2025	30	COTIZANTE
Salud Total	11/2025	30	COTIZANTE
Salud Total	10/2025	30	COTIZANTE

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ... 107 R

Pago Normal: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la Base de Datos Úni
en el marco del Decreto 780 de 2016.

Estado Emergencia: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, e
15 del Decreto 538 de 2020. Dicho lo anterior estos afiliados no cuentan con un pago o cotización
Seguridad Social en Salud.

Volver a Consultar | Descargar

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES

Sede principal

Dirección: Av. El Dorado # No. 69-76, torre 1, piso 16, Centro Empresarial Elemento
Código Postal: 111071
Ciudad: Bogotá, D.C.

Atención telefónica

Teléfono conmutador: +57 601 432 27 60
Línea gratuita: 01 8000 423 737
Horario de atención: Lunes a viernes de 7:00 a. m. a 6:00 p. m. y sábados de 8:00 a. m. a 1:00 p. m.

Atención por correo electrónico

Escríbanos a correspondencia1@adres.gov.co y correspondencia2@adres.gov.co

Radicación de PQRDS

Escríbanos a correspondencia1@adres.gov.co y correspondencia2@adres.gov.co o radique su petición a través de este enlace adres.gov.co/portal-del-ciudadano/pqrsd

Notificaciones judiciales:

notificaciones.judiciales@adres.gov.co Exclusivo para notificaciones que provienen de la rama judicial, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 197 de la ley 1437 de 2011.

Denuncias por actos de corrupción:
denunciacorrupcion@adres.gov.co
Línea Anticorrupción: +57 601 432 27 60 de lunes a viernes de 08:00 a.m. a 05:00 p.m.

@AdresColombia

@AdresColombia

@AdresCol

@AdresColombia

Atención presencial — Piso 16
Dirección: Orientación y asesoría, radicación de reclamaciones por parte de personas naturales y notificación cobro coactivo.
Horario de atención: Lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:00 p. m.

Contacto
Teléfono conmutador: + 57 601- 7422208

Radicación - Piso 10
Dirección: Radicación de documentos y correspondencia física.
Horario de atención: Lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:00 p. m.

Contacto
Teléfono conmutador: Línea de atención telefónica en Bogotá + 57 601- 7422208

Directorio de funcionarios

Nuestra entidad Mapa del sitio Términos y condiciones Portal ciudadano Sala de prensa


CO
COLOMBIA





