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	1018481641	KAREN JULIETH MARTINEZ RODRIGUEZ	CRA 13 BIS ESTE N 46 51 SUR	3645472	karenjulirodriguez@outlook.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
		94619958	09/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$1,750,905	$576.900	

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	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	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
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	35.100	0	0	35.100	1

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	1	35.100	35.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	576.900	576.900

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	1018481641	KAREN JULIETH MARTINEZ RODRIGUEZ	CRA 13 BIS ESTE N 46 51 SUR	3645472	karenjulirodriguez@outlook.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
		94619958	09/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$1,750,905	$576.900	

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	Excepción	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 1018481641	MARTINEZ RODRIGUEZ KAREN JULIETH	59	0			N																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700	CCF22	1.750.905	30	35.100	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: (30-09-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**KAREN JULIETH MARTINEZ RODRIGUEZ**			**CC:**	**1018481641**
CORREO ELECTRÓNICO:	**KARENJULIRODRIGUEZ@OUTLOOK.COM**			**TELÉFONO:**	**3138903786**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 80 H 42F 43 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**007500964486**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2106 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.061.300**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/09/01 AL 2026/09/30**				

KAREN JULIETH MARTINEZ RODRIGUEZ
PS_2106_2026_B30066

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
KAREN JULIETH MARTINEZ RODRIGUEZ
CC: 1018481641
CEL: 3138903786

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			
KAREN JULIETH MARTINEZ RODRIGUEZ			
	CON C.C N°	**1.018.481.641**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2106 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.411.600	**No. HORAS EJECUTADAS**	**242**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 25.464.450	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.061.300
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DIANA ISABEL MORA MORALES		

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 atención oportuna a los usuarios con la apertura de la agenda programada. programada. atención oportuna a los usuarios con la apertura de la agenda programada.
2	Revisar y alistar los consultorios que tienen agenda programada según cronograma (mañana Tarde)
3	Realizar inventario de equipos e insumos (equipos biomédicos, metros etc...) Esta actividad se debe realizar en la mañana antes de iniciar la consulta y en la tarde después de terminar la consulta
4	Verificación de Rips de Consulta revisar si ya se encuentra amarrada al ingreso, para ser impreso y dejarlo en el respectivo consultorio, según distribución de consulta, (esta actividad se pude realizar en la mañana antes de iniciar la consulta).
5	Dar información al usuario que ingresa de consulta, aclarando donde será atendido, siempre verificar si ya facturo la consulta asignada, si en el momento de la consulta se presenta alguna novedad por temas administrativos, solucionar con el área encargada, con el fin que el usuario no pierda la cita.
6	Dar información y educación al usuario que sale de consulta, verificando las ordenes medicas de exámenes, citas de control, dando claridad cómo dar continuidad a las indicaciones (laboratorios, exámenes, citas etc.), Es importante corroborar la historia clínica con los datos del paciente y la EPS de afiliación y las indicaciones u órdenes completas para dar una información oportuna.
7	Mantener el puesto de trabajo (consultorio 19) ordenado, limpio.
8	Informar al jefe del Servicio novedades de la consulta, (daños, perdidas, prestamos, inicio de actividades de los profesionales, novedades reportadas por los médicos y usuarios...etc.)
9	Realizar aseo recurrente de los consultorios cada vez que termine la consulta o las veces que el médico tratante y/o enfermera lo solicite.
10	Mantener los consultorios ordenados revisar las fechas de vencimiento y estados de insumos, guardianes y dispositivos médicos estériles que se tengan en la consulta, de igual forma verificar estado general de los aditamentos del consultorio, en caso de daño reportar al jefe inmediato y al área correspondiente para su arreglo o reposición.
11	Realizar el aseo terminal de los consultorios semanalmente o diario según las actividades realizadas en el consultorio
12	Mantener los cajones y escritorios ordenados sin muestras médicas, comida, papelería etc .
13	Realizar registros en formato REGISTRO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION GENERAL DE LOS SERVICIOS código MI-TV-FT-131. GENERAL DE LOS SERVICIOS código MI-TV-FT-131. go MI-TV-FT-131.
14	Cumplir con la norma de Confidencialidad de la Historia Clínica, en casos de que algún usuario necesite copia de la historia clínica o partes de la misma dirigirlo al archivo, solo se puede imprimir la orden médica necesaria para la atención de la cita de ese día.
15	Realizar registro de novedades y entrega de consulta en el libro de inventarios, de igual forma se debe registrar las novedades de cambios y/o movimiento con los insumos y equipos.
16	16 Realizar registro diario en libro de Minuta Entrega de Consulta Externa con hora y firma de entrega de llaves y consultorios con vigilancia.
17	Realizar entrega y recibo de instrumental utilizado durante la consulta en la central de esterilización; verificar estado de las pinzas y control de las mismas.
18	Realizar pedido de papelería para plan de contingencia manual e insumos solicitados en la consulta; este se debe realizar los 15 de cada mes.
19	Entregar diariamente, contra el listado al Archivo las Historias clínicas en los horarios establecidos cuando se presente un plan de contingencia.
20	Trasladar pacientes al servicio de urgencias según indicación médica, debe ser entregado a la jefe de Triage.
21	Control y supervisión del manejo de sillas de ruedas del servicio
22	Apoyar al especialista en consulta según las novedades que se presenten.

23	Realizar llamadas telefónicas al 100% de los pacientes agendados un día antes de la consulta para confirmar asistencia o realizar las cancelaciones oportunamente, para la programación de la consulta
24	Realizar llamado telefónico a los pacientes cuando se presenten novedades de la agenda (reprogramaciones o cambios de jornada).

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 (2026-09-01) AL (2026-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 94619958	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/09/09	$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/09/09	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/09/09	$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 541.800

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	*KAREN JULIETH MARTINEZ RODRIGUEZ* *PS_2106_2026_B30066* **KAREN JULIETH MARTINEZ RODRIGUEZ** **CC: 1018481641**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*DIANA ISABEL MORA MORALES* *PS_2106_2026_B30066* **DIANA ISABEL MORA MORALES** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**