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:	**LEIDY KATHERINE HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ**			**CC:**	**40189662**
CORREO ELECTRÓNICO:	**KATTY8816@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3207512681**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 18 # 10-18 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO CAJA SOCIAL**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24094792564**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3114 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 6.226.865**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/05**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/09/01 AL 2026/09/30**				

LEIDY KATHERINE HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ
PS_3114_2026_89ED34

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LEIDY KATHERINE HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ
CC: 40189662
CEL: 3207512681

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			
LEIDY KATHERINE HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ			
	CON C.C N°	**40.189.662**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO IV PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS-MEDICINA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3114 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/05**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 24.907.460	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 55.003.974	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 6.226.865
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SAUL ARDILA DURAN		

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. PORTE EL CARNE INSTITUCIONAL DE LA SUBRED DURANTE LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES, EXCEPTUANDO AQUELLAS DESARROLLADAS DENTRO DE LAS UNIDADES QUIRÚRGICAS. 2. APOYE EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD SEGÚN REQUERIMIENTOS DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE. 3. PARTICIPE EN LAS JORNADAS DE CAPACITACIÓN, INDUCCIÓN, REUNIONES Y EVENTOS A LOS CUALES FUI CONVOCADO. 4. DI CUMPLIMIENTO A LOS PROCEDIMIENTOS, GUÍAS, MANUALES, PROTOCOLOS Y DEMAS ESTABLECIDOS POR LA SUBRED, ADEMÁS DE APOYAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS MISMOS. 5. 5. APOYE A LA ENTIDAD EN LAS ACTIVIDADES QUE DEMANDE SEGÚN REQUERIMIENTOS INTRA Y EXTRA INSTITUCIONALES. 6. 6. PARTICIPE EN LA ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS MANUALES, PROCESOS, GUÍAS DE MANEJO Y PROTOCOLOS ASISTENCIALES DEL ÁREA. 7. DESARROLLE ACTIVIDADES DE DOCENCIA DIRIGIDAS A LOS ESTUDIANTES DE INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA QUE REALIZAN PRACTICA CLÍNICA EN LA INSTITUCIÓN Y OFRECER INFORME A LA PERSONA ENCARGADA DE LOS ESTUDIANTES EN CADA INSTITUCIÓN. TAMBIÉN DESARROLLAR ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN AL PERSONAL DEL SERVICIO PARA EL DESARROLLO Y FORMACIÓN DEL RECURSO HUMANO EN SALUD, CUANDO SEA NECESARIO. 9. 8. CUMPLIR LA PROGRAMACIÓN MENSUAL DE ACTIVIDADES. 9. NOTIFIQUE LOS SUCESOS DE SEGURIDAD QUE SE PRESENTEN EN EL SERVICIO, PARTICIPAR EN LOS ANÁLISIS DE CASO RELACIONADOS CON EL SUCESO Y EN LOS QUE SEA CONVOCADO, E IMPLEMENTAR LAS ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS PARA EL SERVICIO, RESULTADO DEL ANÁLISIS REALIZADO. 10. EMITI CONCEPTOS DE CONFORMIDAD CON SUS ACTIVIDADES PROFESIONALES. 11. SOPORTE DE MANERA OPORTUNA, CONFORME A LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS, EL CUMPLIMIENTO DEL PAGO DE LOS APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCAL DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO, REQUISITO INDISPENSABLE PARA GENERAR CADA PAGO A SU FAVOR, ANEXANDO LA PLANILLA DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA INTEGRAL DE SEGURIDAD SOCIAL QUE COMPRENDE SALUD, PENSIÓN Y RIESGOS LABORALES. 12. CUSTODIE Y RESPONDÍ POR LOS ELEMENTOS ENTREGADOS PARA EL DESEMPEÑO DE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS. 13. INGRESE AL ÁREA QUIRÚRGICA PORTANDO EL VESTIDO QUIRÚRGICO COMPLETO Y DE FORMA CORRECTA COMO APARECE EN EL PROTOCOLO INSTITUCIONAL. 14. VERIFIQUE LA PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA DEL QUIRÓFANO AL QUE FUE ASIGNADO, CON EL PROPÓSITO DE DAR CUMPLIMIENTO A LA PROGRAMACIÓN. 15. SOLICITE Y REGISTRE CORRECTAMENTE EL INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO, DISPOSITIVOS MÉDICOS, Y MATERIAL NECESARIO SOLICITADO EN CENTRAL DE ESTERILIZACION PARA CADA PROCEDIMIENTO. 16. SOLICITE A LA FARMACIA LAS SUTURAS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS NECESARIOS PARA REALIZAR EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO Y DEVOLVER EL MATERIAL NO UTILIZADO A LA FARMACIA NUEVAMENTE. 17. REALICE LA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DEL CARRO DE TRANSPORTE CORRESPONDIENTE EN EL QUIRÓFANO ASIGNADO AL INICIAR LA JORNADA Y REGISTRAR EL PROCESO EN EL FORMATO CORRESPONDIENTE, PARA PODER TRASLADAR EN ELLOS TODOS LOS DISPOSITIVOS, EQUIPOS Y DEMAS MATERIAL ESTÉRIL NECESARIO PARA REALIZAR CADA PROCEDIMIENTO.

18. REGISTRE LA LISTA DE CHEQUEO DE CIRUGÍA SEGURA, EN EL SISTEMA, VERIFICANDO EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN, INFORMANDO TODA NOVEDAD, FIRME AL TERMINAR CADA PROCEDIMIENTO.
19. ME PRESENTE AL PACIENTE E INFORME SOBRE MI ROL DURANTE EL ACTO QUIRÚRGICO, ANTES DE DAR INICIO AL PROCEDIMIENTO.
20. VELE POR LA ASEPSIA Y ANTISEPSIA DENTRO DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO, ASÍ COMO POR LA GARANTÍA DE CONSERVACIÓN DE ESTERILIDAD DEL INSTRUMENTAL Y EQUIPOS UTILIZADOS EN SALAS DE CIRUGÍA.
21. VERIFIQUE EL VIRAJE DE LOS INDICADORES QUÍMICOS ANTES DE INICIAR EL PROCEDIMIENTO, EN CASO DE NO SER ACEPTABLES, RECHACE LOS ELEMENTOS SEGÚN CORRESPONDA.
22. REVISE EL CONTENIDO DE CADA EQUIPO Y EL ESTADO DEL MISMO ANTES DE INICIAR EL PROCEDIMIENTO. EN CASO DE ENCONTRAR ALGÚN FALTANTE O ELEMENTO EN MAL ESTADO INFORME INMEDIATAMENTE A LA CENTRAL DE ESTERILIZACION, POR MEDIO DEL CIRCULANTE DE ENFERMERÍA, CONSERVANDO EL ROTULO DE MARCADO PROVENIENTE DE LA CENTRAL.
23. CONTE EN VOZ ALTA EN CONJUNTO CON EL AUXILIAR EL MATERIAL MEDICO QUIRÚRGICO QUE VA A SER UTILIZADO DURANTE EL PROCEDIMIENTO, TALES COMO: GASAS, COMPRESAS, AGUJAS DE SUTURAS, CORONOIDES Y DEMAS DISPOSITIVOS ANTES DE DAR INICIO AL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO E INFORME EN VOZ ALTA AL AUXILIAR DE ENFERMERÍA CIRCULANTE DE SALA PARA QUE LO REGISTRE EN LA HOJA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD.
24. DURANTE EL PROCEDIMIENTO INFORME DEL CONTEO DE MATERIAL MEDICO QUIRÚRGICO, QUE SE VAYA RECIBIENDO CON EL FIN DE REGISTRARLO EN LA HOJA DE SEGURIDAD, SUMARLO Y CONTARLO AL FINAL DEL PROCEDIMIENTO
25. PARTICIPE ACTIVAMENTE EN EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO.
26. CONTE EN CONJUNTO CON EL AUXILIAR CIRCULANTE DE SALA EL INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO, COMPRESAS, GASAS, CORONOIDES, AGUJAS Y TODO EL MATERIAL QUIRÚRGICO UTILIZADO EN CAVIDAD, ANTES DEL CIERRE DE LA CAVIDAD
27. POSTERIORMENTE INFORME AL CIRUJANO TRATANTE EL RESULTADO DEL RECUENTO PARA PODER REALIZAR CAVIDAD. UNA VEZ TERMINADO EL PROCEDIMIENTO, VERIFIQUE EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN EN LA HOJA DE SEGURIDAD, ANTES DE FIRMAR. ENTREGAR LAS PIEZAS ANATOMOPATOLÓGICAS AL AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA SU DEBIDO ENVIÓ A ESTUDIO, INFORMANDO EN VOZ ALTA EL NOMBRE DE LA MUESTRA, MEDIO DE PRESERVACIÓN Y EL DESTINO DE LA MUESTRA. POSTERIORMENTE, VERIFIQUE EL CORRECTO REGISTRO EN LA HOJA DE VERIFICACIÓN.
28. TERMINADO EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO RECOGER TODO EL INSTRUMENTAL Y DISPOSITIVOS MÉDICOS, Y LOS COLOQUE EN LOS CONTENEDORES DE TRANSPORTE DE MATERIAL CONTAMINADO, ABRIR LAS PINZAS CON EXCEPCIÓN DE LAS PINZAS DE CAMPO Y APLICAR DETERGENTE ENZIMÁTICO Y TAPAR EL CONTENEDOR.
29. TRASLADE EL CONTENEDOR DEL INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO EN CARRO DE TRANSPORTE DE MATERIAL CONTAMINADO Y HICE LA ENTREGA EN EL ÁREA DE RECEPCIÓN DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION, ESPERAR A QUE EL AUXILIAR DEL SERVICIO DE ESTERILIZACION REALICE EL CONTEO RESPECTIVO Y REGISTRAR EN EL LIBRO CORRESPONDIENTE DE CENTRAL DE ESTERILIZACION TODOS LOS EQUIPOS Y MATERIALES ENTREGADOS PARA REPROCESAR.
30. REGISTRE EN EL SISTEMA EN LA HOJA DE GASTOS DE FARMACIA LOS ELEMENTOS UTILIZADOS EN EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO.
31. REPORTE LOS EVENTOS DE SEGURIDAD QUE SE PRESENTEN DURANTE EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO O RELACIONADOS A ATENCIÓN DEL PACIENTE, AUN CUANDO NO SE ENCUENTRE DIRECTAMENTE INVOLUCRADO EL INSTRUMENTADOR QUIRÚRGICO.
32. CUMPLI EL PROTOCOLO INSTITUCIONAL DE COMPORTAMIENTO EN QUIRÓFANO,

SI SE HA ASIGNADO AL SERVICIO DE ESTERILIZACION DEBE CUMPLIR LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES:

1. VELE POR LA ESTERILIZACION DEL INSTRUMENTAL Y EQUIPOS NECESARIOS EN SALAS DE CIRUGÍA Y OTROS SERVICIOS QUE REQUIEREN MATERIAL ESTÉRIL.
2. GARANTICE EL SUMINISTRO DE MATERIAL MEDICO QUIRÚRGICO QUE REQUIERE PROCESO DE ESTERILIZACION A TODA LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD.
3. APOYE EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD SEGÚN REQUERIMIENTOS DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE.
4. DISPUSE LOS MEDIOS Y MECANISMOS NECESARIOS PARA PROVEER UNA RÁPIDA SOLUCIÓN DE LOS POSIBLES INCONVENIENTES DENTRO DEL ÁREA DE ESTERILIZACION.
5. MANTUVE LOS STOCK DE MATERIAL COMPLETO PARA CUBRIR LAS NECESIDADES DE LA UNIDAD.
6. ASEGURÉ LA IDONEIDAD DEL PERSONAL QUE LABORA DENTRO DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION Y MANTUVE LAS CONDICIONES DE TRABAJO SEGURAS PARA EL MISMO EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACION.
7. COLABORAR EN LA ELABORACIÓN DE PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DEL SERVICIO.
8. GARANTICE QUE SE CUMPLA CON TODOS LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS PARA SUMINISTRAR EQUIPOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS ESTÉRILES EN LA UNIDAD.
9. REVISE Y CONTROLE PERIÓDICAMENTE EL ALMACENAMIENTO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS ESTÉRILES EN CADA UNO DE LOS SERVICIOS DE LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD.
10. EVALUÉ LA CALIDAD DEL MATERIAL MEDICO QUIRÚRGICO QUE SE UTILIZA EN EL SERVICIO Y CALCULAR LA CANTIDAD DE USO DEL MISMO
11. SOLICITE LOS MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS Y CORRECTIVOS NECESARIOS DENTRO DEL ÁREA.
12.. VERIFIQUE Y CONTROLE EL INVENTARIO DE EQUIPOS E INSTRUMENTAL REUSABLE ASIGNADOS AL SERVICIO DE ESTERILIZACION.
13.PARTICIPE EN LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS RELACIONADOS A PROCESOS, MANUALES, GUÍAS DE

1	PROCEDIMIENTO Y PROTOCOLOS RELACIONADOS CON LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ESTERILIZACION. 14.REPORTE LOS EVENTOS DE SEGURIDAD QUE SE PRESENTEN DURANTE EL PROCESO DE ESTERILIZACION Y/O RELACIONADOS A ATENCIÓN DEL PACIENTE AUN CUANDO NO SE ENCUENTRE RELACIONADO EL PROCESO DE ESTERILIZACION.

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° 94759703	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2026/09/10	$ 312.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/09/10	$ 400.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/09/10	$ 60.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 773.400

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	*LEIDY KATHERINE HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ* *PS_3114_2026_89ED34* **LEIDY KATHERINE HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ** **CC: 40189662**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*SAUL ARDILA DURAN* *PS_3114_2026_89ED34* **SAUL ARDILA DURAN** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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	40189662	LEIDY KATHERINE HERNANDEZ HERNANDEZ	KR 18 # 10 18 sur	3207512681	hernandezhernandezleidykatheri@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
		94759703	10/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$773.400	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	312.500	0		0		0	0	0	0	312.500	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	400.000	0	0	0	0	0	0		400.000	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	60.900				60.900	0	0	60.900			609	60.900	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	312.500	312.500
Pensión	1	400.000	400.000
Riesgos Laborales	1	60.900	60.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	773.400	773.400

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	40189662	LEIDY KATHERINE HERNANDEZ HERNANDEZ	KR 18 # 10 18 sur	3207512681	hernandezhernandezleidykatheri@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
		94759703	10/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$773.400	

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 40189662	HERNANDEZ HERNANDEZ LEIDY KATHERINE	59	0			N																	25-14	2.500.000	30	400.000	0	0	0	0	EPS010	2.500.000	30	312.500	14-11	2.500.000	30	3	60.900		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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