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	1032451876	YENSI DANIELA CASTILLO PARGA	CRA 71 B # 74 A 57	5456087	ycastillopa38@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
		68042307	16/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	$0	$640.500	

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	258.800	0		0		0	0	0	0	258.800	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	331.200	0	0	0	0	0	0		331.200	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	50.500				50.500	0	0	50.500			505	50.500	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	258.800	258.800
Pensión	1	331.200	331.200
Riesgos Laborales	1	50.500	50.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	640.500	640.500

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	1032451876	YENSI DANIELA CASTILLO PARGA	CRA 71 B # 74 A 57	5456087	ycastillopa38@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
		68042307	16/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	$0	$640.500	

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	Exonerado	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 1032451876	CASTILLO PARGA YENSI DANIELA	59	0			N								X									230201	2.069.898	30	331.200	0	0	0	0	EPS017	2.069.898	30	258.800	14-11	2.069.898	30	3	50.500		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: (28-02-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**YENSI DANIELA CASTILLO PARGA**			**CC:**	**1032451876**
CORREO ELECTRÓNICO:	**YCASTILLOPA38@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3232490652**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 71B 74A 57**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488421371128**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1640 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 5.225.220**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/02**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/05/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/02/02 AL 2026/02/28**				

YENSI DANIELA CASTILLO PARGA
PS_1640_2026_94945C

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
YENSI DANIELA CASTILLO PARGA
CC: 1032451876
CEL: 3232490652

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			
YENSI DANIELA CASTILLO PARGA			
CON C.C N°	**1.032.451.876**		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TRABAJADOR SOCIAL 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 1640 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/02**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.894.880	**No. HORAS EJECUTADAS**	**261**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 14.894.880	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 5.225.220
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS		

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. Orientación a usuarios: Brindé orientación, direccionamiento y aclaración a pacientes y familiares sobre trámites administrativos necesarios para el ingreso y continuidad en el Programa de Hospitalización Domiciliaria, garantizando información clara y oportuna. 2. Ingreso y actualización de base de datos: Realicé el registro y actualización permanente en la base de datos institucional de los pacientes que ingresaron al programa, asegurando veracidad y consistencia de la información. 3. Verificación de red de apoyo y condiciones sociales: Efectué valoración social que incluyó verificación de red de apoyo, georreferenciación, aseguramiento, condiciones de habitabilidad y análisis conjunto con enfermería de factores de riesgo, conforme a criterios administrativos y sociales de ingreso. 4. Visitas domiciliarias: Realicé visitas domiciliarias a pacientes activos del programa, efectuando seguimiento a condiciones sociofamiliares y fortaleciendo adherencia al tratamiento. 5. Participación en capacitaciones: Participé activamente en cursos y capacitaciones virtuales y presenciales programadas por la Subred, fortaleciendo competencias técnicas y normativas. 6. Confidencialidad de la información: Garanticé la reserva y confidencialidad de la información manejada en aplicativos institucionales, conforme a la normatividad vigente sobre protección de datos. 7. Cobertura institucional: Desarrollé actividades según necesidades del servicio, brindando cobertura en las diferentes unidades donde fue requerido el apoyo profesional. 8. Asistencia técnica en traslados: Brindé asistencia técnica presencial y/o remota en procesos de traslado de pacientes a Hospitalización Domiciliaria y Casa Más Bienestar, verificando cumplimiento de criterios sociales. 9. Encuesta de satisfacción: Apliqué encuesta de satisfacción a usuarios egresados del programa y entregué informe consolidado dentro de los primeros cinco días de cada mes, según formato establecido. 10. Reporte de ocupación: Realicé el reporte diario de ocupación del programa en el SIRC, cumpliendo con los tiempos establecidos. 11. Diligenciamiento documental: Diligencié de manera completa, oportuna y sistematizada historias clínicas, consentimientos informados y demás registros propios de mi actuar profesional, en concordancia con la normatividad vigente y lineamientos institucionales. 12. Cuidado de equipos y recursos: Velé por la integridad y adecuado uso de equipos, elementos e instalaciones asignadas, haciendo uso racional de los recursos institucionales. 13. Reporte de equipos: Informé oportunamente al área de Recursos Físicos Activos Fijos los equipos de mi propiedad destinados a actividades asistenciales. 14. Participación en políticas institucionales: Participé activamente en el desarrollo e implementación de políticas institucionales, Sistema Integrado de Gestión, procesos de acreditación y seguridad del paciente. 15. Análisis y acciones de mejora: Asistí a reuniones y análisis convocados, implementando acciones de mejora definidas para el fortalecimiento del servicio. 16. Reporte de eventos obligatorios: Realicé reporte oportuno de eventos de notificación obligatoria conforme a la normatividad vigente. 17. Información a supervisión: Informé al supervisor del contrato cualquier novedad que pudiera afectar el cumplimiento de obligaciones contractuales. 18. Cumplimiento de recomendaciones: Di cumplimiento oportuno a recomendaciones, oportunidades de mejora y compromisos establecidos por supervisión y Oficina de Garantía de Calidad. 19. Pago de seguridad social: Acredité el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social y parafiscales durante la vigencia contractual. 20. Cumplimiento según demanda del servicio: Cumplí las obligaciones conforme a la demanda y tiempos requeridos en los centros de salud y hospitales adscritos a la Subred. 21. Presentación personal e identificación: Porté de manera visible los elementos institucionales y mantuve adecuada presentación personal, conforme a manuales institucionales. 22. Otras obligaciones asignadas: Cumplí con las demás funciones asignadas por el supervisor del contrato, de acuerdo con las necesidades del servicio y el objeto contractual.

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 (2026-02-02) AL (2026-02-28)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 8354888017	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/02/20	$ 224.831
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/02/20	$ 287.784
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/02/20	$ 43.815
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 556.430

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	*YENSI DANIELA CASTILLO PARGA* *PS_1640_2026_94945C* **YENSI DANIELA CASTILLO PARGA** **CC: 1032451876**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS* *PS_1640_2026_94945C* **DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS* *PS_1640_2026_94945C* **JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**