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:	**JHONATAN SANDOVAL ALAPE**			**CC:**	**1016026088**
CORREO ELECTRÓNICO:	**sandovaljhonatan164@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3152739449**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 41 9 93**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**008400769298**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 6579 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.293.600**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/11/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/09/01 AL 2026/09/30**				

JHONATAN SANDOVAL ALAPE
PS_6579_2025_CD4020

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JHONATAN SANDOVAL ALAPE
CC: 1016026088
CEL: 3152739449

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			
JHONATAN SANDOVAL ALAPE			
	CON C.C N°	**1.016.026.088**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTI?N COMO TECNOLOGO EN SALUD OCUPACIONAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 6579 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.293.600	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 52.917.771	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.293.600
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CATORCE (14) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA ANGELICA PEÑALOZA DIAZ		

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. Obligación 1: PRESTAR SUS SERVICIOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL DISTRITO CAPITAL SEGÚN CONVENIO PSPIC VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED.1.1 Actividades desarrolladas: realice caracterizaciones de niños y niñas para la identificación de las condiciones de salud y trabajo, con el fin de la concertación. Se caracterizaron UTIS de alto impacto, UTIS de mediano impacto y UTIS de permanencia en calle para la identificación de las condiciones de salud y trabajo y la concertación del plan de UTI con trabajadores informales. Se brindaron asesorías de promoción del cuidado de la salud en UTIS de mediano impacto. Se realizaron asesorías de seguimiento a la continuidad en la localidad .1.2 Productos (Evidencias): se entregó 33 grupos socioeducativos para el bienestar de trabajadores y trabajadores en la economía informal (Acción de bienestar 33). Se ejecutaron 47 jornadas para el bienestar y cuidado de los trabajadores informales (Acción de bienestar 47). Se realizaron 76 asesorías de seguimiento para unidades de trabajo informal intervenidas en vigencias anteriores (Acción de bienestar 76). realice caracterización de las condiciones de salud y trabajo de los niños, niñas y adolescentes identificados en trabajo infantil (Acción de bienestar 81). Se brindaron asesorías para el mejoramiento de las condiciones de salud y trabajo en las unidades de trabajo informal de mediano y bajo impacto (Acción de bienestar 73). Realice la caracterización de las unidades de trabajo informal de mediano y bajo impacto en la localidad (Acción de bienestar 71).
2	2. Obligación 2: PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR. 2.1 Actividades a desarrollar: entregue actualizado el Cronograma mensual En forma magnético al Drive. 2.2Productos(evidencias): https://docs.google.com/spreadsheets/d/1cEjnF24js9ZyE8mt5XDsoIq3A5kdBEo/edit?usp=sharing&ouid=110670999296246416045&rtpof=true&sd=true
3	Obligación 3: APOYAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, PRESENTANDO LA INFORMACIÓN Y/O SOPORTES QUE SE SOLICITE CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO PSPIC VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 3.1 Actividades a desarrollar: Realice la recolección, diligenciamiento, consolidación y entrega oportuna de los formatos de caracterización de niños, niñas y adolescentes (NNA) identificados en trabajo infantil y de las Unidades de Trabajo Informal (UTIS) de mediano y bajo impacto, garantizando la calidad, coherencia y cumplimiento de los lineamientos técnicos establecidos en el convenio PSPIC vigente entre el FDS y la Subred. 3.2 Productos (evidencias): Formato de caracterización de niños, niñas y adolescentes y UTIS, de los productos acción de bienestar: 81. caracterización de las condiciones de salud y trabajo de los niños, niñas y adolescentes identificados en trabajo infantil, acción de bienestar: 73. asesoría para el mejoramiento de las condiciones de salud y trabajo en las unidades de trabajo informal de mediano y bajo impacto, acción de bienestar: 71. caracterización de las unidades de trabajo informal de mediano y bajo impacto localidad de Mártires.
4	Obligación 4: APOYAR LAS ACTIVIDADES INHERENTES AL OBJETO DEL CONTRATO PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD Y AQUELLAS DEFINIDAS DENTRO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE LOS DIFERENTES ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. 4.1 Actividades desarrolladas: Entregue la promoción del autocuidado y la gestión del riesgo en salud en UTIS de mediano, bajo y alto impacto con trabajadores de la economía informal. 4.2 Productos (Evidencias): realice los formatos de UTIS de mediano impacto con asesorías de promoción del cuidado de la salud y gestión del riesgo con trabajadores de la economía informal. diligencie la caracterización de las unidades de trabajo informal de mediano y bajo impacto en la localidad de Mártires (Acción de bienestar 71).
	Obligación 5: CUMPLIR CON LA META, ACTIVIDADES Y/O PRODUCTOS PROGRAMADOS Y ASIGNADOS CON LA CALIDAD DEL DATO REQUERIDA (OPORTUNIDAD, CONSISTENCIA, EXACTITUD) DESDE SU PERFIL TÉCNICO Y CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL ENTORNO LABORAL DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO PSPIC. 5.1 Actividades desarrolladas: Realice caracterizaciones en condiciones de salud y trabajo para la concertación del plan de trabajo en UTIS de mediano, bajo y alto impacto, así como en niños, niñas y adolescentes (NNA) con trabajadores informales. Realice la entrega oportuna de los soportes para su

5	respectiva digitación en el sistema GESI. 5.2 Productos (Evidencias): Diligencie los formatos de caracterización de UTI y de NNA. ejecute jornadas para el bienestar y cuidado de los trabajadores informales (Acción de bienestar 47). Diligencie asesorías de seguimiento para unidades de trabajo informal intervenidas en vigencias anteriores (Acción de bienestar 76). efectué la caracterización de las condiciones de salud y trabajo de los niños, niñas y adolescentes identificados en trabajo infantil (Acción de bienestar 81). Se brindo asesorías para el mejoramiento de las condiciones de salud y trabajo en las unidades de trabajo informal de mediano y bajo impacto (Acción de bienestar 73). Realice la caracterización de las unidades trabajo informal de mediano y bajo impacto en la localidad (Acción de bienestar 71).
6	Obligación 6: DESARROLLAR LOS PROCESOS DESCRITOS EN LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS RELACIONADOS CON EL ABORDAJE A LA POBLACIÓN TRABAJADORA INFORMAL CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO PSPIC. 6.1 Actividades desarrolladas: Realice la lectura y apropiación de los lineamientos técnicos establecidos para el abordaje a la población trabajadora informal. Revisé la caja de herramientas, fichas técnicas y formatos para su correcta ejecución. Ejecute las siguientes acciones de bienestar conforme a los lineamientos técnicos: o 33 grupos socioeducativos para el bienestar de trabajadores y trabajadoras en la economía informal (Acción de bienestar 33). o 47 jornadas para el bienestar y cuidado de los trabajadores informales (Acción de bienestar 47). o 76 asesorías de seguimiento para unidades de trabajo informal intervenidas en vigencias anteriores (Acción de bienestar 76). o Caracterización de las condiciones de salud y trabajo de los niños, niñas y adolescentes identificados en trabajo infantil (Acción de bienestar 81). o Asesorías para el mejoramiento de las condiciones de salud y trabajo en las unidades de trabajo informal de mediano y bajo impacto (Acción de bienestar 73). o Caracterización de las unidades de trabajo informal de mediano y bajo impacto (Acción de bienestar 71). 6.2 Productos (Evidencias): elabore actas como soporte del desarrollo de las actividades. diligencie listados de asistencia correspondientes a cada actividad realizada.
7	Obligación 7: DESARROLLAR PROCESOS DE ASISTENCIA TÉCNICA A LOS DIFERENTES PROCESOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS CONFORME A SU SABER DISCIPLINAR Y TÉCNICO, EN FUNCIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS DE ENTORNOS Y/P PROCESOS TRANSVERSALES. 7.1 Actividades desarrolladas: Participo en las diferentes asistencias técnicas programadas por la Secretaría Distrital de Salud y el PIC en sus diferentes localidades. 7.2 Productos (Evidencias): diligencie los listados de asistencia como soporte de la participación en las asistencias técnicas programadas.
8	Obligación 8: ORGANIZAR EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL. 8.1 Actividades desarrolladas: Realice la gestión documental mensual, conforme a las necesidades identificadas y auditadas en el proceso anterior. 8.2 Productos (Evidencias): elabore actas como soporte de la gestión documental realizada. Diligencie los listados de asistencia correspondientes a las actividades desarrolladas.
9	Obligación 9: DAR CUMPLIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DE LOS PROCESOS TRANSVERSALES DEL PSPIC, DE ACUERDO A SU COMPETENCIA: CANALIZACIONES, PAI, EDUCACIÓN PARA LA SALUD PUBLICA, GESI, ACCVSYE, NOTIFICACIÓN DE EISP Y PARTICIPACIÓN SOCIAL. 9.1 Actividades desarrolladas: Realice la activación de rutas según los casos identificados. Efectué canalizaciones sectoriales e intersectoriales. Gestione los agendamientos correspondientes. Realice el reporte oportuno, dando cumplimiento al 100% de las actividades asignadas. Aplique las rutas de notificación de ATEL conforme a los lineamientos establecidos. 9.2 Productos (Evidencias): Envie el formato en Excel de canalización por medio magnético al correo institucional apoyolaboralsubredcentrooriente.gov.co. Realice la retroalimentación correspondiente. Efectué la notificación a la base SIVISTRA como soporte del proceso.
10	Obligación 10: EL CONTRATISTA SE OBLIGA A QUE LAS GLOSAS QUE SE GENEREN POR INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y DE ACUERDO A LOS HALLAZGOS QUE IDENTIFIQUE EL EQUIPO DE SEGUIMIENTO Y/O INTERVENTORÍA DEL FFDS_SDS AL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO PSPIC (CONFORME AL ANEXO DE CRITERIOS DE GLOSA), SERÁN CAUSAL DE INICIO DE APERTURA DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO SANCIONATORIO DE INCUMPLIMIENTO CONTRACTUAL. 10.1 Actividades desarrolladas: Di cumplimiento a la entrega de soportes con calidad, alcanzando el 100% de la meta estipulada en cada mes. Realice el alistamiento para la preauditoria en los formatos de UTIS y NNA. Organice y verificaron los soportes correspondientes a sesiones colectivas y demás productos o acciones contempladas para la vigencia comprendida entre el 1 de octubre de 2025 y el 30 de junio de 2027. 10.2 Productos (Evidencias): Diligencie y consolidaron los formatos de caracterización de UTI y NNA. Elabore los soportes de colectivos y actas correspondientes. Organice y entregaron los demás soportes derivados de las acciones desarrolladas dentro del proceso laboral.
11	Obligación 11: REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN. CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO. 11.1 Actividades desarrolladas: Di cumplimiento a las actividades indicadas por el supervisor del contrato, conforme a los requerimientos establecidos. 11.2 Productos (Evidencias): Diligencie y suscribió el formato de acta estipulado por la entidad, como soporte de la participación en las actividades asignadas.

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° 94757193	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/09/10	$ 222.400
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/09/10	$ 284.600
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/09/10	$ 43.400
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 550.400

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	*JHONATAN SANDOVAL ALAPE* *PS_6579_2025_CD4020* **JHONATAN SANDOVAL ALAPE** **CC: 1016026088**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*OLGA LUCIA ARDINEZ PERIÑAN* *PS_6579_2025_CD4020* **OLGA LUCIA ARDINEZ PERIÑAN** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*MARIA ANGELICA PEÑALOZA DIAZ* *PS_6579_2025_CD4020* **MARIA ANGELICA PEÑALOZA DIAZ** **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	1016026088	JHONATAN SANDOVAL ALAPE	TV 13 1A 51	7796860	sandovaljhonatan164@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
		94757193	10/09/2026	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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	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
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	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	1016026088	JHONATAN SANDOVAL ALAPE	TV 13 1A 51	7796860	sandovaljhonatan164@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
		94757193	10/09/2026	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	Excluyendo	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 1016026088	SANDOVAL ALAPE JHONATAN	59	0			N																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	30	218.900	14-7	1.750.905	30	3	42.700	CCF24	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

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	1016026088	JHONATAN SANDOVAL ALAPE	TV 13 1A 51	7796860	sandovaljhonatan164@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
94757193	10/09/2026	95454430	25/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	N	$1,778,550	$9.500	

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	3.500	0		0		0	4	100	0	3.600	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	4.400	0	0	0	0	4	100	0	4.500	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	700				700	4	100	800			7	800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	500	4	100	600	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	4	0	0	0
ICBF				
0	4	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	3.500	3.600
Pensión	1	4.400	4.500
Riesgos Laborales	1	700	800
CCF	1	500	600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	9.100	9.500

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	1016026088	JHONATAN SANDOVAL ALAPE	TV 13 1A 51	7796860	sandovaljhonatan164@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
94757193	10/09/2026	95454430	25/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	N	$1,778,550	$9.500	

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	Excarcelado	IND	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 1016026088	SANDOVAL ALAPE JHONATAN	59	0			N								X									25-14	1.778.550	30	284.600	0	0	0	0	EPS017	1.778.550	30	222.400	14-7	1.778.550	30	3	43.400	CCF24	1.778.550	30	35.600	0	0	0	0	0

PAGADA

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

PSE - Transacción Aprobada ✅ CUS 643307545

1 mensaje

<serviciopse@achcolombia.com.co> jue, 10 de sept de 2026 a la hora 1:38 p. m.
Para: sandovaljhonatan164@gmail.com

¡Hola, Jhonatan Sandoval!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:



Valor: $ 576.900,00

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha de la transacción: 10/09/2026

CUS: 643307545

Gracias por utilizar nuestro servicio.

Ten encuenta estos tips de seguridad:

- Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
- No abras enlaces sospechosos.
- Cambia tus contraseñas con regularidad.
- Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
- Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.

¡Hola, Saira Yineth Rodriguez Sanchez!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: $ 9.500,00

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha de la transacción: 25/09/2026

CUS: 684030176

Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten encuenta estos tips de seguridad:

- Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
- No abras enlaces sospechosos.
- Cambia tus contraseñas con regularidad.
- Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
- Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.

Para mayor información comunícate con nosotros:

En Bogotá: +57 (601) 3808890 Opción 5

Contáctanos: https://www.pse.com.co/persona-centro-de-ayuda

Un servicio de ach COLOMBIA

ACH Colombia Oficial

@ACHColombia_

ACHColombiaOficial

ACH Colombia Oficial

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
ACH COLOMBIA S.A.

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
				Descargar	Detalle
☐	PS 6579 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 6579 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6579 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 6579 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6579 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	PS 6579 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6579 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf	PS 6579 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6579 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES ENERO 2026.pdf	PS 6579 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES ENERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6579 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 6579 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	COMUNICACION SUPERVISOR PS 6579 2025 24-3-2026.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 6579 2025 24-3-2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
				Descargar	Detalle
				Descargar	Detalle
				Descargar	Detalle
				Descargar	Detalle
				Descargar	Detalle
☐	PS 6579 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES FEBRERO 2026 .pdf	PS 6579 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES FEBRERO 2026 .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6579 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 1 AL 19 DE 2026 .pdf	PS 6579 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 1 AL 19 DE 2026 .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

☐	PS 6579 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 20 AL 31 DE 2026 .pdf	PS 6579 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 20 AL 31 DE 2026 .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6579 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS 6579 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6579 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	PS 6579 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6579 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	PS 6579 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6579 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES ABRIL 2026.pdf	PS 6579 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6579 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES MAYO 2026.pdf	PS 6579 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6579 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES JUNIO 2026.pdf	PS 6579 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES JUNIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6579 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	PS 6579 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
				Descargar	Detalle
☐	PS 6579 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2026.pdf	PS 6579 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6579 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES JULIO 2026.pdf	PS 6579 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES JULIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia) **018000-52-0808** www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.