**No. 1 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°1**

GS-2021-_____

Tunja 01 de junio 2021

Mayor ANA MILENA MAZA SAMPER
JEFE REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°1
Bogotá

**ASUNTO:** informe de supervisión del contrato No. 81-7-20029-21

**TIPO DE INFORME**

**Periódico _X_ O FINAL ___**

**Periodo del informe de supervisión**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Desde** | **01/05/2021** | **Hasta** | **31/05/2021** |

En cumplimiento a los artículos 83 y 84 de la Ley 1474 de 2011 "*Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública*", así como de la Resolución No.03049 del 30 de julio del 2014 "*Por la cual se adopta el Manual de Contratación de la Policía Nacional*", Resolución No. 00090 del 15/01/2018, "*Por la cual se actualiza, modifica y complementa el Manual de Contratación de la Policía Nacional adoptado mediante Resolución No. 03049 de 2014*", y la "*Guía para el ejercicio de las funciones de Supervisión e Interventoría de los contratos del Estado*" expedida por Colombia Compra Eficiente, o las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan, sin perjuicio de las funciones establecidas contractualmente y aquellas inherentes a la naturaleza del ejercicio de la supervisión, me permito presentar el correspondiente informe del contrato u orden de compra del asunto a través del cual se detalla, el seguimiento y el grado de cumplimiento de las obligaciones establecidas en el respectivo contrato u orden, así:

**INFORMACIÓN GENERAL:**

- Mediante comunicación oficial sin numero el 18/01/2021, el señor Teniente JHON ALFOSO ARAGON FONSECA, obrando en calidad de JEFE GRUPO DE CONRATOS RASE NO. 1 , nombró como supervisor del contrato del asunto al señor CT. NESTOR ROGER PUERTO VELASQUEZ.

- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** MENSUAL

- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: 01**

1. Informe de supervisión del mes ABRIL o del periodo comprendido entre el 28/04/2021 y el 30/04/2021 mediante comunicación oficial No. GS-2021_____

**Información del contrato**

| | |
|---|---|
| **Contrato No.** | **81-7-20029-21** |
| **Objeto del Contrato** | **PRESTACION DE SERVICIOS COMO MEDICO ESPECIALISTA III** |
| **Contratista** | **OMAIRA LUZ MENDOZA MORENO** |
| **Valor inicial del contrato** | **$47.556,509,40** |
| **Valor adiciones del contrato** | NO APLICA |
| **Valor total del contrato** | **$47.556,509,40** |
| **Plazo de ejecución inicial** | **8 MESES Y 3 DIAS** |
| **Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato** | **28 DE ABRIL 2021** |
| **Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato (pactada inicialmente)** | **31 DE DICIEMBRE 2021** |
| **Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) adición(es)** | NO APLICA |
| **Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)** | NO APLICA |
| **Adiciones** | NO APLICA |
| **Modificatorios** | NO APLICA |
| **Prorrogas** | NO APLICA |
| **Otros** | NO APLICA |

## 1. DESARROLLO DE LA SUPERVISIÓN AL CONTRATO U ORDEN DE COMPRA

### 1.1 Acciones adelantadas:

Durante el mes de mayo la contratista cumplió con las funciones estipuladas a su cargo, no se realizan actas ni oficios durante este mes por no ser necesarias.

## 2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

| OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES | CUMPLIÓ | OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| *Coordinar la auditoría de cuentas en cada uno de los* servicios y presentar informe de las mismas. | SI | Se cumplió |
| Revisar y auditar desde el punto de vista: medico, pertinencia, tarifas, prestación oportuna y calificada; los servicios médicos contratados y no contratados | SI | Se cumplió |

| | | |
|---|---|---|
| Auditoría de cuentas de la red externa contratada en la Policía Nacional - unidad prestadora de salud Boyacá. | SI | Se cumplió |
| Lograr el uso racional de los recursos que el Subsistema de Salud de la Policía Nacional invierte en prestación de servicios en la red contratada y no contratada. | SI | Se cumplió |
| Evaluar la racionalidad y eficiencia de la referencia, contrarreferencia y autorización de servicios en el Subsistema en las cuentas de servicios prestados radicadas por las IPS contratadas y no contratadas | SI | Se cumplió |
| Revisar tarifa factura, soportes, autorizaciones, pertinencia, a la facturación de los procedimientos médicos | SI | Se cumplió |
| Revisar las cuentas y sus soportes por concepto de procedimientos médicos para el cumplimiento de obligaciones contractuales de las IPS contratadas | SI | Se cumplió |
| Consolidar los informes de auditoría de cuentas de contrato y urgencias | SI | Se cumplió |
| Manejar con discreción la información y la correspondencia del proceso a cargo. | SI | Se cumplió |
| Portar el carnet institución que lo identifique como contratista de la unidad prestadora de salud Boyacá | SI | Se cumplió |
| Elaborar informes periódicos de las actividades realizadas, que permitan determinar la productividad en su labor. | SI | Se cumplió |

## 1.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

Sin novedades.

## 3. AVANCE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO U ORDEN DE COMPRA:

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (3) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato u orden de compra, restando (240) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

## 4. TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

El pago del presente contrato se realizará dentro de los primeros 15 días de cada mes, una vez presentado el recibo de pago de aportes a salud, pensión y ARL, certificación de cumplimiento expedida por el supervisor, informe de actividades junto con los documentos requeridos, de acuerdo al derecho a turno y la programación del plan anual de caja (PAC) se efectuará en mensualidades por un valor de CINCO MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y UN MIL CIENTO SETENTA Y CUATRO PESOS ($5.871.174,00). de acuerdo a la Resolución N°125 del 08/04/2020 modificado parcialmente por la resolución 448 del 10 de noviembre de 2020 de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional.

Los pagos se harán a la siguiente cuenta:

**NOMBRE DE BENEFICIARIO**: OMAIRA LUZ MENDOZA MORENO
**BANCO** BANCOLOMBIA
**TIPO DE CUENTA**: AHORROS
**NUMERO DE CUENTA** 83468606219

**4.1. Ejecución Financiera y Pagos:**

| **a. Balance general de pagos y entregas** | | |
|---|---|---|
| | **Valor en pesos** | **% del valor del contrato u orden de compra** |
| Valor total del contrato u orden de compra | $47.556,509,40 | - |
| Valor total de las entregas | $6.458.291.40 | 13.58% |
| Valor total facturado | 0 | 0% |
| Valor facturado pendiente de pago | 0 | 0% |
| Valor pagado | 0 | 0% |
| Valor pendiente de entrega | $41.098.208,00 | 86.41% |

**b. Detalle de las entregas, valores facturados y pagos efectuados en el periodo informado** (la supervisión deberá relacionar de manera discriminada lo correspondiente a la ejecución del contrato u orden de compra **únicamente del periodo que está informando**)

| **No. de constancia de recibido** | **Valor recibido** | **Fecha de recibido** | **Valor facturado** | **No. factura** | **Valor pagado** | **Valor deducciones** | **No. orden de pago** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 001 del 01/06/2021 | $587.117,40 | del 28/04/2021 al 30/04/2021 | $0 | 001 | pendiente | pendiente | pendiente |
| 002 del 01/06/2021 | $5.871.174.00 | del 01/05/2021 al 30/05/2021 | $5.871.174.00 | 002 | pendiente | pendiente | pendiente |

## 5. RECOMENDACIONES

El contratista cumplió con los requerimientos y especificaciones para lo cual fue contratada.

## 6. CONCLUSIONES

| | | |
|---|---|---|
| El contratista cumplió con lo establecido en las cláusulas contractuales | **SI __X_** | Certifico con la firma del presente informe, que el contratista cumplió con las cláusulas y especificaciones técnicas del contrato, en la fecha o fechas establecidas, para lo cual relaciono y anexo los documentos soportes (técnicos obligatorios establecidos en las especificaciones técnicas, incluyendo las ambientales, de seguridad y salud en el trabajo y otros). |
| | **NO___** | En caso de incumplimiento parcial o total del contrato, se informó mediante comunicación oficial No. _____ del _____, dirigida al ordenador del gasto, las obligaciones incumplidas. |

Atentamente,

Firma_____

Capitán NESTOR ROGERS PUERTO VELASQUEZ
Cargo JEFE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO UPRES BOYACA
Supervisor Contrato
Correo electrónico: nestor.puerto1034@correo.policia.gov.co
No. Celular:3135790025

| | |
|---|---|
| Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña: | Capitán NESTOR ROGERS PUERTO VELASQUEZ<br>Jefe administrativo y financiero UPRES BOYACA |
| Fecha de entrega certificada: | Del: 01/05/2021 Al: 30/05/2021 |
| Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2021 | |

| Unidad | Recurso | Descripción del bien o servicios recibidos | Valor recibido | Valor facturado | Valor a amortizar y/o descontar | Valor a pagar |
|---|---|---|---|---|---|---|
| RASES 1 | 16 | PRESTACION SERVICIOS PROFESIONALES | $ 0 | $ 5.871.174 | | $ 5.871.174 |

| | |
|---|---|
| Acta de recepción de bienes | NO APLICA |

| No. factura | Fecha factura | Valor factura | Nota crédito o débito | Valor neto |
|---|---|---|---|---|
| 2 | 01/06/2021 | $ 5.871.174 | | $ 5.871.174 |
| Valor total bienes y/o servicios recibidos | | | | $ 5.871.174 |

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: Informe de actividades mensual las actividades se prestaron dentro del plazo de ejecución, Cumpliendo con las especificaciones técnicas y condiciones estipuladas en el contrato, pago de los aportes al sistema general de seguridad social, avala el pago de la cuenta de cobro N°2 de fecha 1 JUNIO 2021

Por medio de la presente constancia de recibo a satisfacción y en mi condición de supervisor acredito el cumplimiento de las obligaciones del contratista y certifico que los bienes y servicios relacionados cumplen con las especificaciones técnicas contratadas.

| No. | Obligación Contractual o especificación técnica | CUMPLIO | Observaciones y Evidencias |
|---|---|---|---|
| 1 | Auditar cuentas radicadas por las IPS tanto físicamente, como por el módulo de cuentas medicas contratadas y no contratadas, dentro de los términos establecidos por la Ley general y la Dirección de Sanidad. | Si_X_ No___ | Auditoria cumple con los términos de revisión y notificación de glosas revisando directamente el trabajo de manera semanal. |
| 2 | Verificar el grado de cumplimientos de los criterios administrativos y clínicos normalizados en el prestador y pactados con la Regional de Aseguramiento en Salud N° 1 | Si_X_ No___ | Verificó tarifas contratadas para realizar la auditoria |
| 3 | Auditar el diagnóstico dado al paciente y que este corresponda con los tratamientos, tecnología y evidencia científica disponible, con el fin de sustentar el manejo dado al usuario que se necesite como requisito de pago. | Si_X_ No___ | Se realize revision de glosas al azar evidenciando glosas por pertinencia |
| 4 | Propender por el uso racional de los recursos que el Subsistema de Salud de la Policía Nacional Regional de Aseguramiento en Salud N° 1 a invierte en prestación de | Si_X_ No___ | Se cumple evidenciando realizacion de glosas a las diferentes IPS contratadas y no contratadas |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | servicios en la red contratada y no contratada. | | |
| 5 | Auditar la pertinencia de las hospitalizaciones. Revisar historias clínicas, autorizaciones emitidas, atención prestada y establecer pertinencia de la atención. | Si_X_ No___ | Se verifican glosas por pertinencia medica realizadas durante el mes certificado |
| 6 | Auditar la pertinencia de las atenciones iniciales de urgencias. Revisar historias clínicas, autorizaciones emitidas, atención prestada y establecer pertinencia de la atención. | Si_X_ No___ | Se verifican glosas por pertinencia medica realizadas durante el mes certificado |
| 7 | Auditar las tarifas de los servicios de salud cobrados, de tal manera que cumplan con las pactadas en los contratos | Si_X_ No___ | Verificó tarifas contratadas para realizar la auditoria |
| 8 | Custodiar la documentación que forme parte de la facturación auditada por resolución de urgencias e instructivo 030 hasta su entrega al grupo de central de cuentas. | Si_X_ No___ | Facturación por instructivo 030 se encuentra en la bodega asignada para auditoria |
| 9 | Auditar las tarifas de los servicios de salud cobrados, de tal manera que cumplan con el Decreto 2423, manual tarifario en el caso de la facturación por urgencias | SI_X_ No___ | Cuenta con manual tarifario SOAT vigente para la auditoria de urgencias |
| 10 | Verificar el cumplimiento por parte de la IPS de la Resolución 3048 de 2008 de Minprotección Social | Si_X_ No___ | Se verifica glosas realizadas por no solicitud de autorizacion de servicios |
| 11 | Verificar las autorizaciones para la prestación de servicios | Si_X_ No___ | Se verifica glosas realizadas por no solicitud de autorizacion de servicios |
| 12 | Generar una glosa efectiva y sostenible, siguiendo lo indicado en la normatividad vigente del Ministerio de Salud y de la Dirección de Sanidad. | Si_X_ No___ | Cumplen con el costo evitado |
| 13 | Notificar la glosa dentro de los términos establecidos en la Ley 1438 de 2011, o la que lo modifique. | Si_X_ No___ | Notificación dentro de tiempos |
| 14 | Diligenciar los formatos que para la tarea de auditoria de cuentas médicas tiene normalizados la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional. | Si_X_ No___ | Se verifica uso de los formatos establecidos |
| 15 | Llevar control de facturación por mes | SI_X_ No___ | Se recibe mensualmente información del total facturado y auditado en archivo excel |
| 16 | Realizar conciliación de las glosas, dentro de los términos establecidos en la Ley 1438 de 2011, o la que lo modifique | Si_X_ No___ | Se cumple con el cronograma de conciliaciones siempre que las IPS cumplan con las citas acordadas |
| 18 | Manejar con discreción la información y la correspondencia del proceso a cargo. | Si_X_ No___ | Se cumple con la reserva de la documentación |
| 19 | Portar el carnet institución que lo identifique como contratista de la unidad prestadora de salud Boyacá en un lugar visible dentro de las instalaciones de la policía nacional y/o en lugares designados para el cumplimiento del objeto contractual | Si_X_ No___ | Se verifica que porta el carnet dentro de la jornada laboral |
| 20 | Realizar los informes que se requieran con respecto a auditoria de cuentas en la Regional de Aseguramiento en Salud No 1 | Si_X_ No___ | Se envia informe mensual |
| 21 | Realizar la preauditoria de las cuentas de alto costo contratadas por el nivel central | Si_X_ No___ | Se realizó revision de las 7 cuentas a las que se debe realizar preauditoria: SIESALUD |
| 22 | Participación de las videoconferencias y demás espacios establecidos y programados por el Nivel Central | Si___ No___ | Atentos a videoconferencias que puedan programar |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 23 | Envio de información facturación radicada por urgencias primer trimestre 2021 diligenciada en la MACRO enviada por nivel central | Si_x_ No___ | En espera de que por parte de nivel central actualicen Plataforma MACRO para hacer cargue de conciliaciones realizadas de urgencias y cargar la informacion de la facturacion raicada durante el mes vigente |

**NOTA:** para la radicación de la constancia de recibo a satisfacción, el supervisor deberá acompañarla, con el informe de supervisión correspondiente al periodo o la entrega certificada, junto con la publicación de la factura por parte del contratista en el SECOP II – Plan de pagos.

Capitán: NESTOR ROGERS PUERTO VELASQUEZ

Jefe administrativo y financiero UPRES BOYACA

Bogotá D. C., 1 Junio 2021

Señores:
**REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1**
Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores;

YO, OMAIRA LUZ MENDOZA MORENO en calidad de contratista identificado con cedula de ciudadanía N° 41.783.864 expedida en Bogotá, para los efectos previstos en el Artículo 4, Parágrafo 1°del Decreto 2271 de 2009, certifico bajo la gravedad de juramento, que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, pensión y riesgos profesionales de acuerdo a los porcentajes establecidos por las normas vigentes (12,5% salud, 16% pensión y riesgos profesionales para administrativos del 0,522% O SI ES ASISTENCIAL DEL 2,436%) sobre una base de cotización del 40% de los honorarios mensuales percibidos, corresponden a los ingresos provenientes del contrato No. **81-7-20029-21** con la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1

| **VALOR A COTIZAR** | | **VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACION PLANILLA No. 7785420240** |
|---|---|---|
| HONORARIOS MENSUALES | 5.871.174,00 | 5.871.174,00 |
| BASE COTIZACION 40% | 2.348.469,60 | 2.348.469,60 |
| APORTE SALUD 12,5% | 293.558,70 | 293.600,00 |
| APORTE PENSION 16% | 375.755,14 | 375.800,00 |
| **APORTE RIESGOS PROFESIONALES** | | |
| ASISTENCIALES 2,436% | 57.208,72 | $ 57.300 |
| ADMINISTRATIVOS 0,522% | 12.259,01 | |

**OMAIRA LUZ MENDOZA MORENO**
**c.c. 41.783.864 expedida en Bogotá**
**TELÉFONO: 3193929371**

**CUENTA DE COBRO N° 2**

**DIAN N° ____**

Bogotá D.C 1 junio de 2021

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1

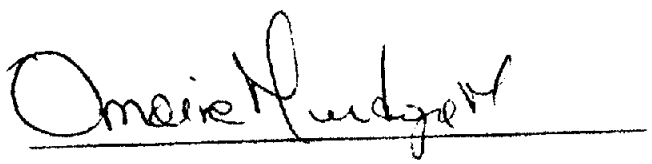
NIT. 900336524-5

DEBE A:

OMAIRA LUZ MENDOZA MORENO identificado con Cédula de Ciudadanía No 41.783.864 expedida en Bogotá, la suma de $ 5.871.174 por concepto de las actividades desempeñadas desde el 1 de mayo al 30 de mayo 2021, de acuerdo al objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestaciones de servicios No. 81-7-20029-21-20 suscrito con la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1 para prestar mis servicios como MEDICA AUDITORA DE CUENTAS

Favor consignar en la cuenta de ahorros N° 83468606219 del Banco BANCOLOMBIA de acuerdo al contrato estipulado.

Atentamente,



OMAIRA LUZ MENDOZA MORENO

C.C No. 41.783.864 expedida en Bogotá

TELEFONO 3183929371

Bogotá D.C., 1 junio de 2021

Señores:

Regional de aseguramiento en salud n° 1

Policía Nacional

Ciudad

Respetados señores;

Yo OMAIRA LUZ MENDOZA MORENO identificada con cédula de ciudadanía C.C No. 41.783.864 expedida en Bogotá, para los efectos previstos en la Ley 1607 de 2012 y el Decreto reglamentario 0099 de 2013 del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, certifico bajo la gravedad de juramento, que me encuentro enmarcado dentro de la categoría tributaria como; empleado, según el Artículo 329 del Estatuto Tributario, teniendo en cuenta que en una proporción igual o superior al 80% de mis ingresos, provienen de la actividad de profesiones liberales desarrollada en la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 1**, además mi condición es de SI **Declarante** del Impuesto sobre la Renta.

Cordialmente,

OMAIRA LUZ MENDOZA MORENO

C.C No. 41.783.864 expedida en Bogotá

TELEFONO 3183929371

Bogotá D.C. junio 01 de 2021

Señores
DIRECCIÓN DE SANIDAD POLICÍA NACIONAL
Ciudad

REF: CERTIFICACIÓN PARA EFECTOS DE RETENCIÓN EN LA FUENTE LEY 1819 DE 2016 – RENTAS DE TRABAJO.

**CERTIFICACIÒN BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO**

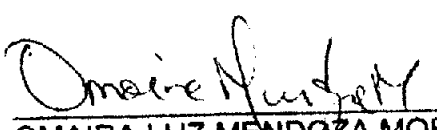
Yo OMAIRA LUZ MENDOZA MORENO identificado con cédula de ciudadanía No. 41.783.864 expedida en Bogotá, con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Ley 1819 de 2016 y del parágrafo 2 de artículo 383 del Estatuto Tributario, manifiesto bajo gravedad de juramento que:

Para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente establecida en el artículo 383 del Estatuto Tributario, la cual se le aplica a los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos por honorarios y por compensación por servicios personales, **"He contratado o vinculado más de un trabajador asociado a mi actividad económica por al menos noventa (90) días continuos o discontinuos". (Parágrafo 2 art.383 E.T.)**

SI ( )  NO (**X**)

De la misma manera, en el momento en que contrate o vincule más de un trabajador asociado a mi actividad económica, me comprometo a informar.

Cordialmente,



OMAIRA LUZ MENDOZA MORENO
C.C. 41.783.864 de Bogotá

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 41783864 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | OMAIRA LUZ MENDOZA MORENO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | CHINACOTA | DEPARTAMENTO: | NORTE DE SANTANDER |
| DIRECCIÓN: | CALLE 3 # 12 - 101 | TELÉFONO: | 5865868 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | 7785420240 | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | abril | AÑO 2021 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | abril | AÑO 2021 |
| DÍAS DE MORA: | | | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2021/05/05 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | 979961280 |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 375.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 375.800 | $ 0 | $ 375.800 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 375.800** | **$ 0** | **$ 375.800** |

### TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | UPC | COTIZACIÓN | UPC | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 293.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 293.600 | $ 0 | $ 0 | $ 293.600 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 293.600** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 293.600** |

### TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 57.300 | $ 57.300 | $ 0 | $ 0 | $ 57.300 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 57.300** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 57.300** |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | | | | | | | | | | | | | CCF | | SENA | | ICBF | | ESAP | | MINEDU |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | Vr UPC | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 41783864 | MENDOZA MORENO OMAIRA LUZ | 1-DEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES | | $ 2.348.470 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 2.348.470 | $ 375.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 375.800 | EPS005-SANITAS S.A. | 30 | $ 2.348.470 | $ 293.600 | $ 0 | $ 293.600 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 2.348.470 | $ 41783864 | $ 57.300 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 726.700** |