**Cuenta de cobro ( 06 ) - 2021**

# SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**Nit. 900.959.051-7**

**DEBE A:**

CAROLINA GARCIA GONZALEZ

C.C. 1013664517 de Bogotá

**LA SUMA DE:**

Seis millones nueve mil doscientos dieciséis mil pesos

($ 6.009.216 )

Por concepto de:

Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 3866 de 2021 correspondiente al mes de **JULIO** de 2021.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES COMO MEDICO GENERAL, CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y LA VISIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA LA EJECUCIÓN DEL CONVENIO 031 DE 2020.

**Cordialmente.**

C.C.: 1013664517
TELEFONO: 3223104812
DIRECCION: Calle 10 A # 12B-25 sur
NUMERO DE CUENTA: 0570004870505866 cuenta de ahorros,

BANCO: Davivienda.

FECHA DE GENERACION DE CUENTA: 29/07/2021

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 – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO**
**FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO**

**CÓDIGO: AP-IA-FT-014**
**VERSIÓN: 02**
**FECHA: 2020-05-04**

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. CONTRATO - OPS:** | 3866-2021 | **C.D.P. No.:** | 487 | **Proceso al que pertenece:** | AMED - CONVENIO 031 |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** UMHES | UMHES SAN BLAS |
| **Nombre del Contratista:** | CAROLINA GARCIA GONZALEZ | | | **C.C.** | 1.013.664.517 de: BOGOTA |
| **Fecha Inicio:** | 2021-02-12 | **Fecha Terminación inicial:** | 2021-02-28 | **Valor Mensual:** | $ 5.821.428 **Valor a cobrar:** $ 6.009.216 |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 5.821.428 | 641 | 2021-03-01 | 2021-03-31 |
| 2 | $ 5.821.428 | 803 | 2021-04-01 | 2021-04-30 |
| 3 | $ 5.821.428 | 1237 | 2021-05-01 | 2021-06-15 |
| 4 | $ 5.799.202 | 1887 | 2021-06-15 | 2021-07-29 |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |

| N° CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 2.629.032 | $ 0 | |
| 2 | MARZO | $ 3.755.760 | $ 673.100 | 49131079 |
| 3 | ABRIL | $ 3.943.548 | $ 797.800 | 49865217 |
| 4 | MAYO | $ 4.882.488 | $ 747.900 | 50520318 |
| 5 | JUNIO | $ 4.506.912 | $ 847.600 | 51195994 |
| 6 | JULIO | $ 6.009.216 | $ 747.900 | 51884881 |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 3.492.857 | $ 28.750.343 | $ 25.726.956 | $ 3.023.387 |

## 2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES (DE SU PROFESIÓN), CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y LA VISIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA LA EJECUCIÓN DEL CONVENIO 031 DE 2020.

**Relación de actividades para el periodo:** **Desde:** 2021-07-01 **Hasta:** 2021-07-29

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS MISMAS DE LA OPS) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO SU CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | Realizar las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo, con un alto nivel científico ético y humano, de una manera oportuna y pertinente, en correspondencia con las necesidades de los pacientes y teniendo en cuenta que todas las decisiones clínicas generadas en la atención médica, procurarán el mejoramiento de la salud del paciente, el uso racional del conocimiento médico y de los recursos disponibles | VALORACION A LOS PACIENTES EN FUNDACION HOGAR LUZ Y VIDA | EN EL SISTEMICA DINAMICA GERENCIA |
| 2 | Brindar una atención en salud buscando los mejores estándares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada, cumpliendo el principio de equidad y con énfasis en actividades, procedimientos, protocolos, intervenciones y guías de atención, de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación. | CONSULTA EXTERNA CAPS PRIMERA DE MAYO | REGISTRO EN HISTORIA CLICINA |
| 3 | Prestar sus servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica reglamentos administrativos, técnicas, científicos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales. | SE BRINDO ATENCION EN SALUD A LOS USUARIOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE | REGISTRO EN HISTORIA CLICINA |
| 4 | Realizar las actividades según las necesidades de la subred dando cobertura en todas las unidades en donde se oferta el servicio y sea requerido informar al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, conocer el grado de satisfacción sobre los servicios prestados y resolver inquietudes relacionadas con el proceso de atención. | DE HISTORIAS CLINICAS, EPICRISIS U OTROS DOCUMENTOS ASISTENCIAS ADMINISTRA | REGISTRO EN HISTORIA CLICINA |
| 5 | Llevar registro de las actividades, procedimientos e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la institución y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación. | OPURTINIDAD, INTEGRALIDAD, SUFICNECIA Y PERETYENCIA CON LOS ESTANDARES | REGISTRO EN HISTORIA CLICINA |
| 6 | Respetar los derechos del paciente, cumplir el código de ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se preste la atención. | OBRE LOS PROCEDIEMIENTOS ORDENADOS AL PACIENTE | REGISTRO EN HISTORIA CLICINA |
| 7 | Realizar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación e impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados. | INSTRUCCIONES AL EQUIPO DE SALUDM SOBRE LOS PROCEDIEMIENTOS ORDENADOS | REGISTRO EN HISTORIA CLICINA |
| 8 | Emitir conceptos médicos que se le requieran, realizar resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados. | SE REALIZO RESUMENES DE HISTORIAS CLINICAS | REGISTRO EN HISTORIA CLICINA |
| 9 | Diligenciar en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema), los formatos de historias clínicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoria y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con firma y sello. | RMA ADECUADA LOS FORMATOS O INSTRUMENTOS PROPIOS EN SU ACTUAR CON CRI | REGISTRO EN HISTORIA CLICINA |
| 10 | Garantizar la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos. | CONSENTIMIENTO INFORMADO | REGISTRO EN HISTORIA CLICINA |
| 11 | Garantizar la integridad y adecuado funcionamiento de los equipos, elementos e instalaciones, así como la utilización racional de los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposición o reparación cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulación de los mismos. | CUIDADO DE EQUIPOS | REGISTRO EN HISTORIA CLICINA |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 12 | Reportar al área de Recursos Físicos - Activos Fijos de la SUBRED, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades esistenciales. | NO APLICA | REGISTRO EN HISTORIA CLICINA |
| 13 | El contratista deberá responder por la seguridad y mantenimiento de sus equipos. | FIRMAR APTA DE ENTREGA | REGISTRO EN HISTORIA CLICINA |
| 14 | Participar activamente en el desarrollo, implementación y gumplimiento de las políticas institucionales, sistema integrado de gestión, acreditación, seguridad del paciente y demás actividades enmarcadas dentro del sistema obligatorio de garantía de la calidad. | NO APLICA | REGISTRO EN HISTORIA CLICINA |
| 15 | Participar en la programación de actividades del servicio. 17. Participar en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen el servicio. | NO APLICA | REGISTRO EN HISTORIA CLICINA |
| 16 | Apoyar a la Entidad en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. | CONSULTA EXTERNA CAPS PRIMERA DE MAYO | REGISTRO EN HISTORIA CLICINA |
| 17 | Participar en la elaboración de respuestas a quejas, reclamaciones y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio | NO APLICA | REGISTRO EN HISTORIA CLICINA |
| 18 | Prestar el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EPS-S-EAPB. | NO APLICA | NO APLICA |
| 19 | Notificar los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso de atención, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones demejora definidas para el servicio. | NO APLICA | NO APLICA |
| 20 | Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. | REGISTRAR FICHA DE NOTIFICACION | REGISTRO EN HISTORIA CLICINA |
| 21 | Instruir a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad. | ATENCION EN CONSUTA DOMICILIARIA | REGISTRO EN HISTORIA CLICINA |
| 22 | Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado. | ASISTENCIA A LAS CAPACITACIONES | CAPACITAIONES |
| 23 | Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones. | | REGISTRO EN HISTORIA CLICINA |
| 24 | Cumplir oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Garantía de Calidad. | | REGISTRO EN HISTORIA CLICINA |
| 25 | Acreditar 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 del personal vinculado para la ejecución del contrato los aportes al sistema integral de seguridad social en salud deberán comprender salud, pensión y ARL. | PAGOS EN SEGURIDAD SOCIAL. | PLANILA UNICA DE PAGO |
| 26 | Todas las demás inherentes o necesarias para la correcta prestación del servicio. | | REGISTRO EN HISTORIA CLICINA |
| 27 | Estar afiliado al Sistema General de Seguridad Social y acreditar inscripción en el RETHUS Y MIPRES | | REGISTRO EN HISTORIA CLICINA |
| 28 | Realizar las actividades para el desarrollo de estrategias de Atención Domiciliaria – Hospitalización domiciliaria. | CONSULTA EXTERNA | REGISTRO EN HISTORIA CLICINA |
| 29 | Todas las actividades deberán ser coordinadas con el lider del proceso | HORARIO DE TURNOS | REGISTRO EN HISTORIA CLICINA |
| 30 | Utilizar los elementos de protección necesarios | | REGISTRO EN HISTORIA CLICINA |
| 31 | Realizar de manera oportuna y eficaz las funciones especificas mencionadas con el objeto de garantizar la adecuada atención de pacientes de una manera eficiente y altamente humanizada, apoyando y gestionando de manera constante el fortalecimiento de las subredes en el modelo de atención en apoyo al convenio 031 de 2020 | CONSULTA EXTERNA | REGISTRO EN HISTORIA CLICINA |
| 32 | Realizar de manera oportuna y eficaz las funciones especificas mencionadas con el objeto de garantizar la adecuada atención de pacientes de una manera eficiente y altamente humanizada, apoyando y gestionando de manera constante el fortalecimiento de las subredes en el modelo de atención en apoyo al convenio 031 de 2021 | CONSULTA EXTERNA | REGISTRO EN HISTORIA CLICINA |

**Observaciones:**

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

**Firma del Contratista**

C.C. 1.013.664.517 de BOGOTA

**VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS**

| | |
|---|---|
| NOMBRE: | EDILSA ESTHER MAURY BELLO |
| CARGO: | DIRECCION SERVICIOS AMBULATORIOS |
| FIRMA | |

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 | 1013664517 | CAROLINA GARCIA GONZALEZ | calle 10 a # 12b - 25 sur | 4646385 | mdcarolinagarcia25@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACION | 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) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2021-06 | 2021-06 | I | | 51884881 | $747.900 | |

## 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 | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 302.200 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 302.200 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-6 | 386.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 386.800 | 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 | 58.900 | | | | 58.900 | 0 | 0 | 58.900 | | | 589 | 58.900 | 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 | 302.200 | 302.200 |
| Pensión | 1 | 386.800 | 386.800 |
| Riesgos Laborales | 1 | 58.900 | 58.900 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 747.900 | 747.900 |

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 | 1013664517 | CAROLINA GARCIA GONZALEZ | | calle 10 a # 12b - 25 sur | 4646385 | mdcarolinagarcia25@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) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2021-06 | 2021-06 | I | | 51864881 | $747.900 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Reintegro | Nov. | IGE | LNR | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CONSECUTIVO | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 1013664517 | GARCIA GONZALEZ CAROLINA | 58 | 0 | | | N | | | | | | | | | X | | | 230301 | 2.417.040 | 386.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 2.417.040 | 302.200 | 14-11 | 2.417.040 | 3 | 58.900 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

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

compensar | miplanilla.com

# REPORTE RESUMEN DE PAGO

## Información básica de la planilla

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Empresa:** | CAROLINA GARCIA GONZALEZ | **NIT:** | 1013664517 |
| **Tipo Planilla:** | I | **Periodo liquidación Pensiones:** | junio 2021 |
| **Sucursal o Dependencia:** | PRINCIPAL | **Periodo liquidación Salud:** | junio 2021 |
| **Número de Radicación:** | 51884881 | **Total a pagar:** | $747,900 |
| **Fecha de vencimiento:** | 14/07/2021 | **Total de empleados:** | 1 |
| **Fecha de Pago:** | 09/07/2021 | **Número de Administradoras:** | 3 |

## Detalles del pago

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón social recaudo:** | Compensar OI | **Nit recaudo:** | 9998600669427 |
| **Descripción:** | MiPlanilla.com Pago Proteccion Social | **Medio de Pago:** | Pago Electronico por PSE |
| **Banco:** | BANCO DAVIVIENDA | **Número Autorización:** | 1054229092 |
| **Estado de la transacción:** | Transacción aprobada | | |

| Código | NIT | Administradoras | Num. Afiliados | *Número de incapacidad por riesgos laborales | Valor descontado en incapacidad y/o licencia | Total Pagado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-11 | 890903790 | ARL SURA | 1 | | $0 | $58,900 |
| 230301 | 800224808 | Porvenir | 1 | | $0 | $386,800 |
| EPS005 | 800251440 | Sanitas EPS | 1 | | $0 | $302,200 |
| | | | | | | $747,900 |

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

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