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 CONTRATACIÓN**
**FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO**

**CÓDIGO: AP-IA-FT-014**
**VERSIÓN: 03**
**FECHA: 2021-12-27**

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. CONTRATO - OPS:** | PS 3213 2022 | **C.D.P. No:** | 105 | **Proceso al que pertenece:** | PROCESO ASISTENCIAL/PEDIATRIA |
| | | | | **Servicio al que pertenece:** | INTERMEDIOS |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | VICTORIA |

**Nombre del Contratista:** PEDRO ARIDES CACERES SOLANO **C.C.** 13.720.614 **de:**

**Fecha Inicio:** 2022-02-01 **Fecha Terminación incial:** 2022-04-30 **Valor Mensual:** $ 17.952.900 **Valor a cobrar:** $ 17.952.900

| ADICIÓN/OTROSI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 3.647.573 | 1286 | 01/05/2022 | 10/05/2022 |
| 2 | $ 8.827.327 | 1385 | 11/05/2022 | 31/05/2022 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO PLANILLA |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 18.924.000 | $ 2.554.900 | 7826462924-7827931073 | 10/02/2022 |
| 2 | MARZO | $ 18.924.000 | $ 2.554.900 | 7829469563 | 09/03/2022 |
| 3 | ABRIL | $ 16.434.000 | $ 3.065.900 | 7834449430 | 08/04/2022 |
| 4 | MAYO | $ 17.952.900 | $ 2.714.600 | 7838264850 | 12/05/2022 |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 59.760.000 | $ 72.234.900 | $ 72.234.900 | $ 0 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO PEDIATRA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**Relación de actividades para el periodo:** **Desde:** 01/05/2022 **Hasta:** 31/05/2022

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO<br>ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | Realizar las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determidos SIN CONVENIO dentro del plan de manejo de su especialidad, con alto nivel científico, ético y humano, de SIN CONVENIO manera oportuna SIN CONVENIO 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 | Realizo las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo de su especialidad, 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. | Historias Clinicas Aplicativo Dinamica |
| 2 | Brindar un SIN CONVENIO atención en salud con oportunidad, integridad, suficiencia y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada SIN CONVENIO realizada 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 | Brindo una atención en salud con oportunidad, integridad, suficiencia 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. | Historias Clinicas Aplicativo Dinamica |
| 3 | Realizar las actividades según las necesidades de la subred dando cubertura en todas las Unidades en donde se presta el servicio y sea requerido | Realizo las actividades según las necesidades de la subred dando cubertura en todas las Unidades en donde se presta el servicio y sea requerido. | programacion actividades |
| 4 | Informar al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, generando un alto grado de satisfacción sobre los servicios prestados, resolviendo inquietudes relacionadas SIN CONVENIO con el proceso de atención. | Informo al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, generando un alto grado de satisfacción sobre los servicios prestados, resolviendo inquietudes relacionadas con el proceso de atención. | Historias Clinicas Aplicativo Dinamica |
| 5 | Diligenciar los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones, que permita mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación. | Diligencio los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones, que permita mantener actualizados los informes estadisticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación. | Historias Clinicas Aplicativo Dinamica |
| 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 | Respeto 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. | Historias Clinicas Aplicativo Dinamica |
| 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 ordenos SIN CONVENIO | Realizo el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación e impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados. | Historias Clinicas Aplicativo Dinamica |
| 8 | Emitir conceptos médicos que se requieran, de conformidad a su especialidad, realizar resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados | Emito conceptos médicos que se requieran, de conformidad a su especialidad, realizar resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados. | Historias Clinicas Aplicativo Dinamica |
| 9 | Diligenciar en forma completa, oportuna SIN CONVENIO, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema), los formatos, la 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 SIN CONVENIO con el manejo de historias clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con la firma | Diligencio en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema), los formatos, la 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 la firma. | Historias Clinicas Aplicativo Dinamica |
| 10 | Garantizar la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos. | Garantizo la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos. | Historias Clinicas Aplicativo Dinamica |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 11 | Utilizar de manera adecuada los equipos, elementos e instalaciones y los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposición o reparación cuando los datos se ocasionen por negligencia SIN CONVENIO o decuada manipulación de los mismos | Utilizo de manera adecuada los equipos, elementos e instalaciones y 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. | Libro de invetarios |
| 12 | Reportar al área de Recursos Físicos - Activos Fijos de la SUBRED, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades asistenciales. | Reporto al área de Recursos Físicos – Activos Fijos de la SUBRED, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades asistenciales. | Libro de invetarios |
| 13 | El contratista deberá responder por la seguridad de los equipos que se encuentren bajo su custodia. | Respondo por la seguridad de los equipos que se encuentren bajo su custodia. | Libro de invetarios |
| 14 | Apoyar la elaboración de respuestas a 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 | Apoyo la elaboración de respuestas a 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. | Reportes PQR |
| 15 | Prestar el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EAPB | Presto el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EAPB. | |
| 16 | Notificar los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso atención paciente y apoyar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. | Notifico los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso de atención al paciente y apoyar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. | programa almera |
| 17 | Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. | Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. | Historias Clinicas Aplicativo |
| 18 | Apoyar las actividades de docencia de servicio en la revista médica u otro espacio dirigidas a los estudiantes y/o personal SIN CONVENIOI del servicio, para el desarrollo y formación del recurso humano en salud | Apoyo las actividades de docencia de servicio en la revista médica u otro espacio dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio, para el desarrollo y formación del recurso humano en salud. | Rondas Medicas |
| 19 | Instruir a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad. | Educo a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad. | Historias Clinicas Aplicativo Dinamica |
| 20 | Asistir a las jornadas SIN CONVENIO dadas de capacitación, inducción,reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado | Asistoa las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado. | Registro de capacitaciones |
| 21 | Informar oportunamente SIN CONVENIO al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones. | Informo oportunamente al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones | cpncepto coordinadora |
| 22 | Facilitar las labores de supervisión, evaluación y control que la SUBRED realice en forma directa por la Subdirección de Servicios de Salud, la Oficina SIN CONVENIO de Calidad y/o a través de terceros | Facilito las labores de supervisión, evaluación y control que la SUBRED realice en forma directa por la Subdirección de Servicios de Salud, la Oficina de Calidad y/o a través de terceros. | Auditoria interna |
| 23 | Cumplir oportunamente SIN CONVENIO las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina SIN CONVENIO de Calidad | Cumplo oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad. | Registro de capacitaciones |
| 24 | Acreditar inscripción en el RETHUS, MIPRES y RUAF | Acredito inscripción en el RETHUS, MIPRES y RUAF. | |
| 25 | Portar el carnet institucional SIN CONVENIOI de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales | Porto el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales. | |
| 26 | Prestar el servicio de conformidad con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades | Presto el servicio de conformidad con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades. | programacion actividades |
| 27 | Participar en las investigaciones y estudios específicos de casos tendientes a resolver causas y soluciones a problemas propios de su especialidad relacionados SIN CONVENIO con ese. Contenidas en el formado de necesidad del personal SIN CONVENIO que hace parte integral del presente contrato. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato | Participo en las investigaciones y estudios específicos de casos tendientes a resolver causas y soluciones a problemas propios de su especialidad relacionados con esta. | Revista Medica |

**Observaciones:**

Pedro Caceres

**Firma del Contratista**

Nota: Es deber contractual anexar la certificación del pago a Salud, pensión y ARL. En caso de tener contrato nuevo adjuntar el soporte de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizante y afiliación a pensión., Teniendo en cuenta que con la implemenación del Decreto 1273 de 2018 el pago de aportes se hace de manera vencida de acuerdo con las fechas establecidas en el Decreto 1990 de 2016.

**C.C.** 13.720.614 **de**

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS N.1 | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | EDILSA ESTHER MAURY BELLO |
| **CARGO:** | DIRECTOR HOSPITALIZACION( E ) |
| **FIRMA** | |

01 al 15 mayo 2022

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS N.2 | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | SANTOS FIDEL HERRERA CACERES |
| **CARGO:** | MEDICO ESPECIALISTA CODIGO 213 GRADO 32 |
| **FIRMA** | |

16 al 31 mayo

## PEDRO ARIDES CACERES SOLANO

**NIT. 13720614-9**
Régimen: Responsable del impuesto sobre las ventas –IVA
Tipo de persona: Natural
CL 33 17 42, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia
Tel. 3108131994

**Autorización facturación electrónica No. 18764028887953 válida desde 2022-05-13 hasta 2022-11-13 rango desde FE26 hasta FE200**

| DATOS DEL CLIENTE | |
|---|---|
| | **800959051** |
| | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** |
| | **DG 34 3 14, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia** |
| | **3444484** |
| | **recepcionfacturasservicios@subredcentrooriente.gov.co** |

| FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA | |
|---|---|
| | **FE26** |
| | **13/05/2022 16:07:58** |
| | **13/06/2022** |
| | **COP Colombia, Pesos** |
| | **Crédito** |
| | **Transferencia Débito Interbancario** |
| | **13/06/2022** |
| | **1** |

| # | Código | Descripción | U. Medida | Cantidad | Precio U. | IVA | Dcto. | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 85100000-0 | PEDIATRIA | WSD | 210,00 | $85.490,00 | | 0,00 | $17.952.900,00 |

| Impuesto | Base | Tarifa | Importe | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | $17.952.900,00 |
| | | | | | $0.00 |
| | | | | | $0.00 |
| | | | | | $17.952.900,00 |

| | |
|---|---|
| | 6d8b561b239e5bcb97bfeaf1f9bf6543a07bba37b3d3c2ae620a26855d65c9befc848637f1e8ee88989868837b31f248 |
| | (diecisiete millones novecientos cincuenta y dos mil novecientos pesos ) |

**Firma Digital:**
D9dwMEhnyTjsDRM0wOHOM0A7Zvy0l2lmEc2niMGsa5kNRORtjykU047ka7qzzDyUDxkgcWBF4cgBZCTdlSmw02AWtDmY15ms5Bswfgg22+uh916XDNl
OPwqrsnOtXVtgraH0MinIjRVUDUXtawp/wuvVEeUTeMCcbXXoKgEm3yjRU6My2X5OXGoRVCjZboOezjVc9RT9hv8O1VLQye2NApz3jyl5ye2lmB+LJN
SxyTv8oi1yT3LcL7viqoDGospr3NR7o/fbTYSe97nrxURKsIhgIRLV6lrV+klcrtxXDn2Tuo2gZfJJY9Q1GD/9YP4pWjKh9EeKXte26iGzYdRxOA==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

**Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI — Banco de Bogotá

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 13720614 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | PEDRO ARIDES CACERES SOLANO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CARRERA 21 # 24-80 SUR TORRE 2 APTO 209 | TELÉFONO: | 6580807 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otras actividades de atención de la salud humana. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | SUCURSAL | SUCURSAL / DEPENDENCIA: | 002 - SUB RED CENTRO ORIENTE |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | 7838264850 | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | abril AÑO 2022 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | abril AÑO | 2022 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2022/05/12 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | 1454582031 |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | MORA COTIZACIÓN | MORA FSP | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230901 | 230901-SKANDIA OBLIGATORIO | 1 | $ 1.360.000 | $ 0 | $ 0 | $ 42.500 | $ 42.500 | $ 0 | $ 0 | $ 1.445.000 | $ 0 | $ 1.445.000 |
| SUBTOTALES: | | | - | | | | | | | $ 1.445.000 | $ 0 | $ 1.445.000 |

### TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR | LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | LICENCIA MATERNIDAD VALOR | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | LIQUIDACIÓN VALOR ADRES | MORA COTIZACIÓN | MORA VALOR ADRES | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS008 | EPS008-COMPENSAR | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 1.062.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.062.500 | $ 0 | $ 0 | $ 1.062.500 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 1.062.500 | $ 0 | $ 0 | $ 1.062.500 |

### TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD IRP VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-7 | 14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 207.100 | $ 207.100 | $ 0 | $ 0 | $ 207.100 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | $ 207.100 | $ 0 | $ 0 | $ 207.100 |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CC 13720614 | CACERES SOLANO PEDRO ARIDES | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE | | $ 8.500.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

| Nº | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 230901-SKANDIA OBLIGATORIO | 30 | $ 8.500.000 | $ 1.360.000 | $ 42.500 | $ 42.500 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 1.445.000 |

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD

| Nº | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | EPS008-COMPENSAR | 30 | $ 8.500.000 | $ 1.062.500 | $ 0 | $ 1.062.500 |

SEGURIDAD SOCIAL — ARP

| Nº | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A. | 30 | $ 8.500.000 | 13720614 | $ 207.100 |

PARAFISCALES

| Nº | DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 2.714.600 |
|---|---|

Planilla Pagada