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 CONTRATACION
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 3504 2022	**C.D.P No.:**	105
Proceso que pertenece:	MISIONAL		
Servicio al que pertenece:	DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS		
Unidad a la que pertenece:	UMIB'S SANTA CALRA		
Nombre del Contratista:	CLAUDIA DEL ROCIO LATTORRE LLAMAS	**C.C.**	52.054.741 de: BOGOTA
Fecha Inicio:	2022-02-01	**Fecha Terminacion inicial:**	2022-04-03
Valor Mensual:	$ 3.361.920	**Valor a cobrar:**	$ 3.361.920

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.428.000	1000	2022-05-01	2022-05-31
2	$ 42.840	1570	2022-05-15	2022-05-31
3	$ 1.891.080	1705	2022-06-01	2022-06-15
4	$ 7.634.340	1905	2022-06-16	2022-08-15
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	FEBRERO	$ 2.856.000	$ 353.413	9430869350	09/02/2022
2	MARZO	$ 3.000.000	$ 353.500	9431943710	04/03/2022
3	ABRIL	$ 3.000.000	$ 378.800	9433309990	05/24/2022
4	MAYO	$ 3.361.920	$ 378.800	9434601580	05/05/2022
5	JUNIO	$ 3.466.980	$ 416.100	9435875481	06/06/2022
6	JULIO	$ 3.361.920	$ 430.000	9437222600 / 9437261783	07/11/2022
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 11.016.000	$ 22.012.280	$ 19.166.820	$ 2.845.460

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

OBJETO DEL CONTRATO

Relacion de actividades para el periodo: **Desde:** 2022-07-01 **Hasta:** 2022-07-31

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO	
		ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION	PRODUTO O EVIDENCIA
1	REALIZAR LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS DETERMINADOS DENTRO DEL PLAN DE MANEJO CON UN ALTO NIVEL CIENTIFICO, ETICO Y HUMANO, DE UNA MANERA OPORTUNA Y PERTINENTE EN CORRESPONDENCIA CON LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES, Y TENIENDO EN CUENTA QUE TODAS LAS DECISIONES CLINICAS GENERADAS EN LA ATENCION MEDICA, PROCURAN POR EL MEJORAMIENTO DE LA SALUD DEL PACIENTE, EL USO RACIONAL DEL CONOCIMIENTO MEDICO Y DE LOS RECURSOS DISPONIBLES	SE REALIZAN ATENCIONES A LOS PACIENTES CON PROCEDIMIENTO A TALES COMO TOMA DE GASES ARTERIALES, TOMA DE MUESTRAS RESPIRATORIAS, REALIZACION DE TERAPIAS RESPUESTA A INTERCONSULTAS DE ACUERDO A ORDEN MEDICA	SE REALIZA REGISTRO DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN TIPO DE HISTORIA CLINICA TERVEO Y RESPUESTA A INTERSONSULTAS EN EL APLICATIVO DINAMICA GERENCIAL
2	BRINDAR UNA ATENCION EN SALUD BUSCANDO LOS MEJORES ESTANDARES DE OPORTUNIDAD, INTEGRIDAD, SUFICIENCIA, CONTINUIDAD Y PERTINENCIA, EN UN AMBIENTE DE ATENCION PERSONALIZADA Y HUMANIZADA, CUMPLIENDO EL PRINCIPIO DE EQUIDAD Y CONSIGNADOS EN ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS, PROTOCOLOS, INTERVENCIONES Y GUIAS DE ATENCION, DE ACUERDO A LOS ESTANDARES DE HABILITACION Y ACREDITACION	SE REALIZARA LA RESPUESTA DE INTERCONSULTAS EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS, SE PRESTARA EL SERVICIO A LOS PACIENTES QUE SE ENCUENTRAN EN LA ENTREGA DE TURNO O DE LOS QUE SE RECIBE LLAMADO PARA LA ATENCION, SE REALIZAN ACCIONES PROPIAS EN EL SERVICIO DE SALA ERA	SE REALIZA REGISTRO DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN TIPO DE HISTORIA CLINICA TERVEO Y RESPUESTA A INTERSONSULTAS EN EL APLICATIVO DINAMICA GERENCIAL, ADEMAS DE DILIGENCIAMIENTO DE BASE DE SALA ERA
3	PRESTAR SUS SERVICIOS ASISTENCIALES RESPETANDO AUTONOMIA INSTITUCIONAL DE LA SUBRED, SU VISION, MISION, ESTRUCTURA ORGANICA, ARREGLAMENTOS ADMINISTRATIVOS, TECNICOS, CIENTIFICOS Y DISCIPLINARIOS, ACOGIENDO LAS DIRECTRICES INSTITUCIONALES	EN LA PRESENTACION DEL SERVICIO SE RESPETAN LAS DIRECTRICES INSTITUCIONALES Y SE IMPLEMENTA LA PLATAFORMA ESTRATEGICA	REUNIONES DE CAPACITACION SOBRE LA PLATAFORMA ESTRATEGICA
4	REALIZAR LAS ACTIVIDADES SEGUN LAS NECESIDADES DE LA SUBRED DANDO COBERTURA EN TODAS LAS UNIDADES EN DONDE SE OFERTA EL SERVICIO Y A LA REQUERIDO	SE DA COBERTURA A TODOS LOS SERVICIOS RESPONDIENDO LLAMADOS A INTERCONSULTAS Y REQUERIMIENTOS	SE CUENTA CON UN CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DANDO COBERTURA EN LOS SERVICIOS Y UNIDADES
5	INFORMAR AL PACIENTE Y SU FAMILIA SOBRE LA CONDICION CLINICA, PLAN DE MANEJO, ATENCION Y RECOMENDACIONES DE HABITOS, CONOCER EL GRADO DE SATISFACCION SOBRE LOS SERVICIOS PRESTADOS Y RESOLVER INQUIETUDES RELACIONADAS CON EL PROCESO DE ATENCION	SE BRINDA EDUCACION Y ASESORIA EN PROMOCION Y PREVENCION A LOS CUIDADORES EN UNIDADES RESPIRATORIAS, MANEJO DE OXIGENO DOMICILIARIO Y EN CUIDADOS EN CASA	SE REALIZA REGISTRO DE PROCEDIMIENTOS EDUCATIVOS EN TIPO DE HISTORIA CLINICA TERVEO Y EN DE BASE DE SALA ERA
6	LLEVAR EL REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES ASI COMO MANTENER ACTUALIZADOS LOS INFORMES ESTADISTICOS DEFINIDOS POR LA INSTITUCION Y TODOS AQUELLOS REGISTROS NECESARIOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROCESOS DE COSTOS Y FACTURACION	SE ELABORAN INFORMES DE ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES Y SE ENTREGA A LIDER DEL PROCESO	DILIGENCIAMIENTO DE FORMATO DE FACTURACION, FORMATO DE INFORME MENSUAL ACTIVIDADES
7	RESPETAR LOS DERECHOS DEL PACIENTE, CUMPLIR EL CODIGO DE ETICA MEDICA Y LAS DISPOSICIONES LEGALES PERTINENTES PROPIAS DE LOS SERVICIOS EN DONDE SE PRESTE LA ATENCION	CUMPLIR Y SOCIALIZAR LOS DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES	NO SE REQUERIO
8	REALIZAR EL SEGUIMIENTO Y CONTROL A PACIENTES EN LOS QUE SE REQUIERA SU PARTICIPACION E IMPARTIR INSTRUCCIONES AL EQUIPO DE SALUD SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS ORDENADOS	SE GUIMIENTO A ESTADO DE SALUD DE PACIENTES SALA ERA	BASE DE REGISTRO SALA ERA CON SEGUIMIENTO A LAS 8 HORAS Y 7 DIAS
9	EMITIR CONCEPTOS MEDICOS QUE SE LE REQUIERAN, REALIZAR RESUMENES DE HISTORIA CLINICA, EPICRISIS U OTROS DOCUMENTOS ASISTENCIALES O ADMINISTRATIVOS QUE SEAN SOLICITADOS	SE REALIZA EVOLUCION DE TODO PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO REALIZADO AL PACIENTE PARA SU POSTERIOR REVISION	SE REALIZA REGISTRO DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN TIPO DE HISTORIA CLINICA TERVEO Y RESPUESTA A INTERSONSULTAS EN EL APLICATIVO DINAMICA GERENCIAL
10	DILIGENCIAR EN FORMA COMPLETA, OPORTUNA, SISTEMATIZADA Y LEGIBLE (EN LOS CASOS EN QUE SE PRESENTEN FALLAS DEL SISTEMA) LOS FORMATOS, LAS HISTORIAS CLINICAS, CONSENTIMIENTO INFORMADO, REPORTES DE ESTUDIOS Y DEMAS REGISTROS PROPIOS DE SU ACTUAR, DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LOS PROCEDIMIENTOS DE AUDITORIA Y DEMAS DIRECTRICES RELACIONADAS CON EL MANEJO DE HISTORIAS CLINICAS Y RESPALDANDO TODAS LAS ACTIVACIONES REALIZADAS AL PACIENTE CON LA FIRMA	SE DILIGENCIA DOCUMENTO DE HISTORIA CLINICA ESTRATIZANDO LA CONFIDENCIALIDAD Y ETICA DURANTE EL MANEJO DE ESTA	SE REALIZA REGISTRO DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN TIPO DE HISTORIA CLINICA TERVEO Y RESPUESTA A INTERSONSULTAS EN EL APLICATIVO DINAMICA GERENCIAL

11	GARANTIZAR LA DEBIDA RESERVA DE LA INFORMACION DEL PACIENTE Y DE LOS REGISTROS CLINICOS	SE DILIGENCIA DOCUMENTO DE HISTORIA CLINICA ENFATIZANDO LA CONFIDENCIALIDAD Y ETICA DURANTE EL MANEJO DE ESTA	SE REALIZA REGISTRO DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN TIPO DE HISTORIA CLINICA TIEMPO Y RESPUESTA A INTERCONSULTAS EN EL APLICATIVO DINAMICA GERENCIAL
12	GARANTIZAR LA INTEGRIDAD Y ADECUADO FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS, ELEMENTOS E INSTALACIONES, ASI COMO LA UTILIZACION RACIONAL DE LOS RECURSOS QUE LA ENTIDAD APORTE AL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES CONTRATADAS Y RESPONDER POR SU REPOSICION O REPARACION CUANDO LOS DAÑOS SE OCASIONEN POR NEGLIGENCIA O INADECUADA MANIPULACION DE LOS MISMOS	ADECUADO USO DE ELEMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS EN EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES	FORMATO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION DE LOS EQUIPOS, ELEMENTOS, REPORTE DE SUCESOS DE SEGURIDAD POR TECNOVIGILANCIA
13	REPORTAR AL AREA DE RECURSOS FISICOS - ACTIVOS FIJOS DE LA SUBRED, LOS EQUIPOS DE PROPIEDAD DEL CONTRATISTA, QUE SE DESTINE A LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES	EN CASO DE PORTAR EQUIPOS AJENOS A LA INSTITUCION	REPORTE OPORTUNO A AREA ENCARGADA
14	PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN EL DESARROLLO, IMPLEMENTACION Y CUMPLIMIENTO DE LAS POLITICAS INSTITUCIONALES, SISTEMA INTEGRADO DE GESTION, ACREDITACIÓN, SEGURIDAD DEL PACIENTE Y DEMAS ACTIVIDADES ENMARCADAS DENTRO DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD	LLENAR LOS FORMATOS DE LA INSTITUCION, CONOCER LA INSTITUCION, PLATAFORMA ESTRATEGICA	A TAVES DE LA PAGINA WEB Y ALMERA, CONSULTAS A LOS DIFERENTES APLICATIVOS DE LA INSTITUCION
15	PARTICIPAR EN LA PROGRAMACION DE ACTIVIDADES DEL SERVICIO	ASISTIR A REUNIONES, CAPACITACIONES Y ACTIVIDADES DE BIENESTAR	FIRMA EN FORMATOS DE ASISTENCIA
16	PARTICIPAR EN LA ELABORACION, ACTUALIZACION, IMPLEMENTACION Y ADHERENCIA DE GUIAS, MANUALES, PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS QUE AFECTEN AL SERVICIO	PARTICIPAR EN LA ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS DEL AREA DE REHABILITACION Y PARTICIPAR EN SOCIALIZACION A LOS DEMAS	NORMALIZACION DE DOCUMENTOS, EVALUACIONES DE PROTOCOLOS
17	APOYAR A LA ENTIDAD EN LAS ACTIVIDADES QUE SE DEMANDE SEGUN REQUERIMIENTOS INTERINSTITUCIONALES Y EXTRAINSTITUCIONALES	LLENAR LOS FORMATOS DE LA INSTITUCION, CONOCER LA INSTITUCION, PLATAFORMA ESTRATEGICA	A TAVES DE LA PAGINA WEB Y ALMERA, CONSULTAS A LOS DIFERENTES APLICATIVOS DE LA INSTITUCION
18	PARTICIPAR EN LA ELABORACION DE RESPUESTAS A RECLAMACIONES Y REQUERIMIENTOS QUE SE PRESENTEN EN EL AREA DE LA ATENCIÓN QUE SE OBLIGA A PRESTAR A LOS USUARIOS O PACIENTES QUE DEMANDEN EL SERVICIO	RESPONDER DE FORMA OPORTUNA QUEJAS, RECLAMOS SOLICITUDES	CUANDO APLIQUE
19	PRESTAR EL APOYO NECESARIO PARA DAR RESPUESTA A OBJECIONES INICIALES EVITANDO ASI QUE SE GENERE GLOSA DEFINITIVA O PROCESOS DE CONCILIACIÓN POR PARTE DE EPS-S EAPB	MANTENER SOPORTES NECESARIOS PARA EVITAR GLOSAS, ACTUAR Y PROCEDER DE ACUERDO A LO ESTIPULADO POR LA INSTITUCION CON RESPUESTA OPORTUNA	SE REALIZA REGISTRO DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN TIPO DE HISTORIA CLINICA TIEMPO Y RESPUESTA A INTERCONSULTAS EN EL APLICATIVO DINAMICA GERENCIAL
20	NOTIFICAR LOS SUCESOS DE SEGURIDAD QUE SE PRESENTEN DURANTE EL PROCESO DE ATENCION, PARTICIPAR EN LOS ANALISIS A LOS QUE SEA CONVOCADO E IMPLEMENTAR LAS ACCIONES DE MEJORA DISEÑADAS PARA EL SERVICIO	DILIGENCIAR Y NOTIFICAR EVENTOS DE SEGURIDAD	REGISTRO DE NOTIFICACION EVENTOS DE SEGURIDAD
21	REPORTAR LOS EVENTOS DE NOTIFICACION OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE	REALIZAR REPORTE OPORTUNO DE EVENTOS DE INTERES PUBLICA	APLICATIVO SIVIGILA
22	APOYAR LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA DE SERVICIO EN LA REVISTA MEDICA U OTRO ESPACIO DIRIGIDAS A LOS ESTUDIANTES Y/O PERSONAL DEL SERVICIO, PARA EL DESARROLLO Y FORMACION DEL RECURSO HUMANO EN SALUD SI APLICA	APOYAR AL PERSONAL EN DESARROLLO CON LOS DIFERENTES ROLES	NO SE REQUIERE
23	INSTRUIR A LA COMUNIDAD SOBRE LA PREVENCION DE LAS ENFERMEDADES PROPIAS DE SU ESPECIALIDAD	REALIZAR SOCIALIZACIONES PERTINENTE AL AREA	SE REALIZA REGISTRO DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN TIPO DE HISTORIA CLINICA TIEMPO Y RESPUESTA A INTERCONSULTAS EN EL APLICATIVO DINAMICA GERENCIAL
24	ASISTIR A LAS JORNADAS DE CAPACITACION, INDUCCION, REUNIONES, COMITES Y EVENTOS A LOS CUALES SEA CONVOCADO	ASISTIR A REUNIONES, CAPACITACIONES Y ACTIVIDADES DE BIENESTAR	FIRMA EN FORMATOS DE ASISTENCIA
25	INFORMAR AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER NOVEDAD QUE AFECTE EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES	INFORMAR OPORTUNAMENTE CUALQUIER IMPREVISTO QUE SE PRESENTE EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES	INFORMACION POR MEDIO MENSAJE O INFORME
26	FACILITAR LAS LABORES DE SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL QUE LA SUBRED, REALICE EN FORMA DIRECTA POR LA SUBDIRECCION DE SERVICIOS DE SALUD, LA OFICINA DE CALIDAD Y/O A TRAVÉS DE TERCEROS	ACTUAR Y PROCEDER DE ACUERDO A LO ESTIPULADO POR LA INSTITUCION CON RESPUESTA OPORTUNA	NO SE REQUIERE
27	CUMPLIR OPORTUNAMENTE LAS RECOMENDACIONES, OPORTUNIDADES DE MEJORA, ACTAS DE COMPROMISO Y DEMAS SOLICITUDES DE LA SUPERVISIÓN Y DE LA OFICINA DE CALIDAD	REALIZAR Y DAR CUMPLIMIENTO A LOS PLANES DE MEJORA DE LOS ENTES INTERNOS Y EXTERNO	CUMPLIMIENTO PLANES DE MEJORA
28	ACREDITAR INSCRIPCION EN EL RETHUS, AMPERS Y RUAF CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO	ACTUALIZACION EN LOS APLICATIVOS REQUERIDOS	VERIFICACION INSCRIPCIONAL RETHUS

Observaciones:
192 HORAS

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 implementación 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.

Firma del Contratista

C.C. 52 054 741 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1	
NOMBRE:	IVAN DARIO OCHOA PELAEZ
CARGO:	DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2	
NOMBRE:	IVAN DARIO OCHOA PELAEZ
CARGO:	DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05
FIRMA	

Cuenta de cobro 006 - 2022

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

CLAUDIA DEL ROCIO LATORRE LEAL
C.C. 52.054.741 de Ciudad Bogotá

LA SUMA DE:

Cuatro millones Doscientos dos mil cuatrocientos pesos mcte (3.361.920)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 3504 de 2022 correspondiente al mes de Julio de 2022.

OBJETO: 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

Cordialmente,

Claudia Latorre L.

CLAUDIA DEL ROCIO LATORRE LEAL
C.C. 52.054.741 de Ciudad Bogotá
Teléfono: 312 351 6423
Dirección: Carrera 3 ESTE # 9 A 85
No Cuenta: 008480362642 ahorros Davivienda

Fecha: 31/Julio/2022

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52054741		LATORRE LEAL CLAUDIA DEL ROCIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 3 este # 9a - 85	MOSQUERA CUNDINAMARCA	5555555	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-06	2022-06	1545429281	9437222600	I	2022/07/12	2022/07/11	BANCO DAVIVIENDA	0	$443,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$215,200	$0	$0	$215,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$215,200	$0	$0	$215,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$32,800	$0	$0	$32,800
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$32,800	$0	$0	$32,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$26,900	$0	$0	$26,900
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$26,900	$0	$0	$26,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$168,100	$0	$0	$168,100
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$168,100	$0	$0	$168,100
TOTAL				**1**	**$443,000**	**$0**	**$0**	**$443,000**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52054741		LATORRE LEAL CLAUDIA DEL ROCIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cr 3 esta # 9a - 85	MOSQUERA-CUNDINAMARCA	5555555	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-06	2022-06	1545429281	9437222600	1	2022/07/12	2022/07/11	BANCO DAVIVIENDA	0	$443,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$1,344,768**	**$215,200**			**$1,344,768**	**$168,100**			**$1,344,768**	**$26,900**			**$1,344,768**	**$32,800**		**$0**	**$0**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,344,768	$215,200			$1,344,768	$168,100			$1,344,768	$26,900			$1,344,768	$32,800		$0	$0
Ciudad: MOSQUERA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$1,344,768	$215,200			$1,344,768	$168,100			$1,344,768	$26,900			$1,344,768	$32,800		$0	$0
1	CC	52054741	LATORRE CLAUDIA	25-14	30	$1,344,768	$215,200	EPS008	30	$1,344,768	$168,100	CCF24	30	$1,344,768	$26,900	14-7	30	$1,344,768	$32,800	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,344,768	$215,200			$1,344,768	$168,100			$1,344,768	$26,900			$1,344,768	$32,800		$0	$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52054741		LATORRE LEAL CLAUDIA DEL ROCIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cr 3 este # 9a - 85	MOSQUERA-CUNDINAMARCA	5555555	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-06	2022-06	1548109046	9437261783	N	2022/07/12	2022/07/11	BANCO DAVIVIENDA	0	$13,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,700	$0	$0	$6,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$6,700	$0	$0	$6,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,000	$0	$0	$1,000
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$1,000	$0	$0	$1,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$900	$0	$0	$900
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$900	$0	$0	$900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$5,300	$0	$0	$5,300
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$5,300	$0	$0	$5,300
TOTAL				**1**	**$13,900**	**$0**	**$0**	**$13,900**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52054741		LATORRE LEAL CLAUDIA DEL ROCIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cr 3 este # 9a - 85	MOSQUERA-CUNDINAMARCA	5555555	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-06	2022-06	1548109046	9437261783	N	2022/07/12	2022/07/11	BANCO DAVIVIENDA	0	$13,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						**$42,024**	**$6,700**			**$42,024**	**$5,300**			**$42,024**	**$900**			**$42,024**	**$1,000**		**$0**	**$0**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$42,024	$6,700			$42,024	$5,300			$42,024	$900			$42,024	$1,000		$0	$0
Ciudad: MOSQUERA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)						$42,024	$6,700			$42,024	$5,300			$42,024	$900			$42,024	$1,000		$0	$0
1	CC	52054741	LATORRE CLAUDIA	25-14	30	($1,344,768)	($215,200)	EPS008	30	($1,344,768)	($168,100)	CCF24	30	($1,344,768)	($26,900)	14-7	30	($1,344,768)	($32,800)	30	$0	$0
2	CC	52054741	LATORRE CLAUDIA	25-14	30	$1,386,792	$221,900	EPS008	30	$1,386,792	$173,400	CCF24	30	$1,386,792	$27,800	14-7	30	$1,386,792	$33,800	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$42,024	$6,700			$42,024	$5,300			$42,024	$900			$42,024	$1,000		$0	$0