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 1849 2024 | C.D.P. No.: | 143 | Proceso que pertenece: | MISIONAL |
| | | | | Servicio al que pertenece: | DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS |
| | | | | Unidad a la que pertenece: | CENTRO DE ATENCIÓN PRIORITARIA EN SALUD CHIRCALES |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nombre del Contratista: | LEIDY CAROLINA TRUJILLO BAQUERO | C.C. | 52.954.525 | de: | BOGOTÁ D.C. |
| Fecha Inicio: | 2024-01-21 | Fecha Terminación inicial: | 2024-02-20 | Valor Mensual: | $ 2.061.200 |
| Valor a cobrar: | $ 2.473.440 | | | | |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO PLANILLA |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | ENERO | $ 917.234 | $ 358.900 | 1059811742 | 17/01/2024 |
| 2 | FEBRERO | $ 2.473.440 | $ 402.200 | 1060614530 | 20/02/2024 |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |

| Resumen de contrato | VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|---|
| | $ 4.122.400 | $ 4.122.400 | $ 3.390.674 | $ 731.726 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIO TECNICOS COMO AUXILIAR LABORATORIO Y/O ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**Relación de actividades para el periodo:** Desde: 2024-02-01 Hasta: 2024-02-29

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCION DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | ORIENTAR AL USUARIO DEL SERVICIO DE LABORATORIO, IMPARTIENDO LAS INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS SOBRE LA FORMA DE RECOLECCIÓN DE LAS MUESTRAS Y LAS CONDICIONES COMO SE DEBE PRESENTAR AL EXAMEN. | CUMPLE CON ORIENTAR AL USUARIO DEL SERVICIO DE LABORATORIO, IMPARTIENDO LAS INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS SOBRE LA FORMA DE RECOLECCIÓN DE LAS MUESTRAS Y LAS CONDICIONES COMO SE DEBE PRESENTAR AL EXAMEN Y PRESENTAR LOS RESULTADOS DE LOS ANÁLISIS CUMPLIENDO EL PROCEDIMIENTO. | SE EVIDENCIA EN LAS OBSERVCIONES DE LA ORDEN MEDICA LAS MEDIDAS CORRECTAS PARA LA PREPARACION DE LOS PACIENTES EN LA TOMA DE MUESTRA . |
| 2 | REALIZAR LA TOMA DE MUESTRAS DE ACUERDO CON LOS EXAMENES SOLICITADOS, ORGANIZARLAS, EMBALARLAS, ENTREGARLAS AL MENSAJERO, CLASIFICARLAS, DISTRIBUIRLAS PARA LOS DIFERENTES SECCIONES DEL LABORATORIO | CUMPLE CON REALIZAR LA TOMA DE MUESTRAS QUE SE VAN A ANALIZAR DE ACUERDO CON LOS EXAMENES SOLICITADOS, ORGANIZARLAS, EMBALARLAS, ENTREGARLAS AL MENSAJERO, CLASIFICARLAS, DISTRIBUIRLAS PARA LOS DIFERENTES SECCIONES DEL LABORATORIO. | SE EVIDENCIA EN LOS FORMATOS MI-DT-FT-061 VERIFICACION DE DATOS EN LA TOMA DE MUESTRA DE LOS PACIENTES, PRIORIZACION DE PACIENTES EN EL FORMATO MI-DT-FT-067, ENTREGA DE MUESTRAS Y EMBALAJE DE MUESTRAS FORMATO MI-DT-FT-083 Y FORMATO MI-DT-FT-082 QUE SE ENCUENTRAN EN LA TOMA DE MUESTRA Y EN LA SECCION DE RECEPCION DE MUESTRAS EN EL LABORATORIO CLINICO CUMPLE CON LOS PROTOCOLOS MANUALES Y ANEXOS DE LA TOMA DE MUESTRA, BIOSEGURIDAD ENTRE OTROS. |
| 3 | PREPARAR EL MATERIAL NECESARIO PARA SU PROCESAMIENTO PARA MONTAR LAS PRUEBAS REQUERIDAS DE CONFORMIDAD CON LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS | CUMPLE CON PREPARAR EL MATERIAL NECESARIO PARA SU PROCESAMIENTO PARA MONTAR LAS PRUEBAS REQUERIDAS DE CONFORMIDAD CON LOS PROCEDIMIENTOS ESTAILECIDOS. | QUEDA EVIDENCIA EN EL LABORATORIO CLINICO, EN EL FORMATO MI-DT-FT-367 MI-DT-FT-181 LA CITACION CON LA PREPARACION ADECUADA PARA TOMA DE EXAMENES. |
| 4 | HACER ENTREGA DE LOS RESULTADOS DE LABORATORIO CLINICO DE ACUERDO CON LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS EN LA INSTITUCIÓN | CUMPLE CON HACER ENTREGA DE LOS RESULTADOS DE LABORATORIO CLINICO DE ACUERDO CON LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS EN LA INSTITUCIÓN. | SE EVIDENCIA ENTREGA DE RESULTADOS EN LA CENTRAL DE ENTREGA DE RESULTADO EVIDENCIANDO EN LA FACTURA UNA VEZ YA TOMADOS LOS EXAMENES SE ANEXA EL FORMATO MI-DT-FT-063. ENTREGA DE RESULTADO. |
| 5 | REALIZAR LIMPIEZA Y DESINFECCION DE AREAS Y EQUIPOS | CUMPLE CON REALIZAR LIMPIEZA Y DESINFECCION DE AREAS Y EQUIPOS. | SE EVIDENCIA EN LOS FORMATOS MI-DT-FT-068, MI-DT-FT-243 LOS CUALES SE ENCUENTRAN EN LAS CARPETAS MARCADAS COMO LIMPIEZA Y DESINFECCION, ESTAN EN TODAS LAS SECCIONES REALIZANDOLO EN LOS DIFERENTES TURNOS DEL DIA |
| 6 | ASISTIR AL PROFESIONAL EN LA REALIZACION DE LOS PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO CLÍNICO CON EFICIENCIA Y EFICACIA | CUMPLE CON ASISTIR AL PROFESIONAL EN LA REALIZACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO CLÍNICO CON EFICIENCIA Y EFICACIA. | SE EVIDENCIA EN EL INGRESO DE MUESTRAS, EL MONTAJE, COLORACION DE EXAMENES Y CENTRIFUGACION DE MUESTRAS. |
| 7 | DILIGENCIAR DE MANERA CLARA, COMPLETA Y OPORTUNA, LOS DOCUMENTOS QUE SE REQUIEREN EN EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES DE CONFORMIDAD CON LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS | CUMPLE CON DILIGENCIAR DE MANERA CLARA, COMPLETA Y OPORTUNA, LOS DOCUMENTOS QUE SE REQUIEREN EN EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES DE CONFORMIDAD CON LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS. | SE EVIDENCIA ACTIVIDAD EN CADA UNA DE LAS SECCIONES Y FORMATOS QUE SE MANEJAN EN EL LABORATORIO CLINICO. |
| 8 | APLICAR LAS NORMAS, GUIAS Y PROTOCOLOS ESTABLECIDOS QUE GARANTICEN LA ADECUADA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, DE CONFORMIDAD CON LOS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES | CUMPLE CON APLICAR LAS NORMAS, GUIAS Y PROTOCOLOS ESTABLECIDOS QUE GARANTICEN LA ADECUADA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, DE CONFORMIDAD CON LOS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES. | SE EVIDENCIA EN LOS FORMATOS QUE SE ENCUENTRAN EN LA INTRANET MEDIO MAGNETICO Y FISICO QUE SE ENCUENTRAN EN LA OFICINA DEL ABORATORIO CLINICO; CUMPLIENDO LOS LINEAMIENTOS DE LA SUBRED FIRMANDO UN COMPROMISO DE INTEGRIDAD. |
| 9 | APOYAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD SEGÚN REQUERIMIENTOS DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE | CUMPLE CON APOYAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD SEGÚN REQUERIMIENTOS DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE. | SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO AL MANEJAR Y ACEPTAR EL CONTRATO REDACTADO POR LA SUBRED EL CUAL SE ENCUENTRA JUNTO CON OTROS PAPELES EN LA PAGINA DE SECOP II. |
| 10 | RESPONDER POR LOS ELEMENTOS ENTREGADOS PARA EL DESEMPEÑO DE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS | CUMPLE CON RESPONDER POR LOS ELEMENTOS ENTREGADOS PARA EL DESEMPEÑO DE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS. | SE EVIDENCIA EN EL FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE EPP FORMATO AP-TH-FT-054,ENTREGA DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS PARA HODPITALIZACION Y URGENCIAS FORMATO MI-DT-FT-060 QUE SE ENCUENTRAN DILIGENCIADOS EN UNA AZ EN LA OFICINA DEL LABORATORIO. |
| 11 | PARTICIPAR EN LAS JORNADAS DE CAPACITACIÓN, INDUCCIÓN, REUNIONES Y EVENTOS A LOS CUALES SEA CONVOCADO | CUMPLE CON PARTICIPAR EN LAS JORNADAS DE CAPACITACIÓN, INDUCCIÓN, REUNIONES Y EVENTOS A LOS CUALES SEA CONVOCADO. | SE EVIDENCIA ASISTENCIA A LAS CAPACITACIONES, INDUCCIONES Y REUNIONES QUE SE MANEJAN EN LA SUBRED FIRMANDO EL FORMATO AP-TH-FT-002. |
| 12 | CONOCER Y DAR CUMPLIMIENTO A LOS PROCEDIMIENTOS, GUIAS, MANUALES, PROTOCOLOS Y DEMÁS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD, ADEMÁS DE APOYAR LA IMPLEMENTACION DE LOS MISMOS | CUMPLE CON CONOCER Y DAR CUMPLIMIENTO A LOS PROCEDIMIENTOS, GUIAS, MANUALES, PROTOCOLOS Y DEMÁS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD, ADEMÁS DE APOYAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS MISMOS. | SE EVIDENCIA EL CUMPLIMIENTO EN EL ENTRENAMIENTOS DEL PUESTO DEL TRABAJO AP-TH-FT-094, REALIZANDO LA LECTURA Y EJECUCION DE LOS MANUALES , PROTOCOLOS Y ANEXOS PARA ESO SE REALIZA FIRMAS EN LOS FORMATOS ACTAS DE CAPACITACION Y REUNIONES ESTABLECIDAS AP-TH-FT-002. Y FORMATO EC-CO-FT-001. |

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**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 13 | APOYAR A LA ENTIDAD EN LAS ACTIVIDADES QUE DEMANDE SEGUN REQUERIMIENTOS INTERINSTITUCIONALES Y EXTRA INSTITUCIONALES | CUMPLE CON APOYAR A LA ENTIDAD EN LAS ACTIVIDADES QUE DEMANDE SEGUN REQUERIMIENTOS INTERINSTITUCIONALES Y EXTRA INSTITUCIONALES. | SE EVIDENCIA CON LA ACEPTACION DE CONTRATO DONDE SE FIRMA Y ACEPTA CADA UNA DE LAS ACTIVIDADES DEMANDADAS POR LA SUBRED QUE SE ENCUENTRA EN LA PAGINA DE SECOP II. |
| 14 | PARTICIPAR EN LA ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS MANUALES DE NORMAS PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS ASISTENCIALES DEL ÁREA | CUMPLE CON PARTICIPAR EN LA ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS MANUALES DE NORMAS PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS ASISTENCIALES DEL ÁREA. | SE EVIDENCIA EN LOS FORMATOS DE ACTAS, CAPACITACIONES AP-TH-FT-002, EC-CO-FT-001. |
| 15 | MANTENER LA RESERVA DE LA INFORMACION | CUMPLE CON MANTENER LA RESERVA DE LA INFORMACIÓN. | SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE ESTE FIRMADO EL ACTA Y COMPROMISO QUE HACE PARTE DEL MANUAL AP-TH-MN-05 DE ETICA Y BUEN GOBIERNO. |
| 16 | INFORMAR AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER NOVEDAD QUE AFECTE EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES | CUMPLE CON INFORMAR AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER NOVEDAD QUE AFECTE EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES. | SE EVIDENCIA INFORMADO DE FORMA ESCRITA Y VERBAL CON ANTICIPACION CUALQUIER NOVEDAD. |
| 17 | VELAR PORQUE LA ATENCIÓN SEA HUMANA, EFICAZ, CALIDA CON TODOS Y CADA UNO DE LOS USUARIOS QUE REQUIERAN EL SERVICIO | CUMPLE CON VELAR PORQUE LA ATENCION SEA HUMANA, EFICAZ, CALIDA CON TODOS Y CADA UNO DE LOS USUARIOS QUE REQUIERAN EL SERVICIO. | SE EVIDENCIA POR MEDIO DEL COMPROMISO QUE SE FIRMA EN EL FORMATO AP-TH-FT-008 Y PARA GARANTIZAR LA EXCELENCIA DE NUESTRO SERVICIO SE MANEJAN LAS ENCUESTAS DE CALIDAD FORMATO MI-SP-FT-010. |
| 18 | VELAR POR EL SEGUIMIENTO DE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, SALUD OCUPACIONAL Y GESTIÓN AMBIENTAL | CUMPLE CON VELAR POR EL SEGUIMIENTO DE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, SALUD OCUPACIONAL Y GESTIÓN AMBIENTAL | SE EVIDENCIA LA ENTREGA DE ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD, JUNTO CON LA VERIFICACION DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION Y EL LAVADO DE MANOS QUE SE ENCUENTRAN EN LOS FORMATOS AP-TH-FT-054, MI-DT-FT-066 Y MI-MI-DT-FT-246. |
| 19 | SE DESARROLLARAN LAS ACTIVIDADES EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES CORRESPONDIENTES A LA SUBRED CENTRO ORIENTE DE ACUERDO A LA ASIGNACIÓN REALIZADA POR EL SUPERVISOR | SE REALIZAN LAS ACTIVIDADES EN LA UNIDAD INDICADA POR EL SUPERVISOR | PROGRAMACIÓN DE TURNOS |

**Observaciones:**

**240 HORAS REALIZADAS EN EL MES DE FEBRERO**

**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.

Carolina Trujillo

**Firma del Contratista**

**C.C.** 52.954.525 **de** BOGOTÁ D.C.

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1 | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | ANIS CRISTINA GONZALEZ ROMERO |
| **CARGO:** | DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05 |
| **FIRMA** | |

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2 | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA |
| **CARGO:** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30 |
| **FIRMA** | |

**CUENTA DE COBRO No. 2**

**FECHA: 29/02/2024**

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

**Nit. 900.959.051-7**

**DEBE A:**

LEIDY CAROLINA TRUJILLO BAQUERO
C.C. 52954525. DE BOGOTÁ D.C.

**LA SUMA DE:**

**DOS MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE ($2,473,440)**

Por concepto de:

- Honorarios Prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 1849 2024, con afiliación a ARL RIESGO 3, correspondiente al periodo de FEBRERO 2024.

OBJETO: PRESTAR SERVICIO TECNICOS COMO AUXILIAR LABORATORIO Y/O ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Cordialmente,

Carolina Trujillo.

LEIDY CAROLINA TRUJILLO BAQUERO
C.C. 52954525. DE BOGOTÁ D.C.
Teléfono: 3007396413 Dirección: caroma-21@hotmail.com
No Cuenta: 550488435037905 AHORROS DAVIVIENDA

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

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?** Si No

| identificación de pago | numero 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 | | |
|---|---|---|---|---|
| PS 1849 2024 CUENTA DE COBRO ENERO 2024.pdf | PS 1849 2024 CUENTA DE COBRO ENERO 2024.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |

Borrar Carga nueva

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-02-21, 07:00:46 A. M. Tipo Planilla: E PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1060614530

Periodo Cotización: enero de 2024 Periodo Servicio: enero de 2024 Referencia pago 8870385720

PAGADA 20/02/2024

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| Razón Social | LEIDY CAROLINA TRUJILLO BAQUERO | | |
| Documento | CC52954525 | Dirección | CR 1 #22 A - 42 SUR |
| Tipo de Empresa | INDEPENDIENTE | Teléfono | 3007396413 |
| Tipo Persona | NATURAL | Forma Presentación | ÚNICO |
| Ciudad | BOGOTA D.C. | Departamento | BOGOTA D.C. |
| Representante Legal | | Identificación | |
| Total Afiliados | 1 | ARP | ARL SURA |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte Sena | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Mintic | Total |
| CC 52954525 | LEIDY CAROLINA TRUJILLO BAQUERO | 57 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | C | 30 | 30 | 30 | 0 | (230201) PROTECCION | $1.300.000 | $208.000 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $1.300.000 | $162.500 | 2.436 | $1.300.000 | $31.700 | (SIN-CCF) NINGUNA CCF | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $402.200 |

## III. TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | Compensadores Incentivos, saldos a Favor | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $1.300.000 | $1.300.000 | $1.300.000 | $0 | $208.000 | $162.500 | $31.700 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $402.200 | $4.900 | $407.100 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cal.: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner