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: 04**
**FECHA: 2024-02-22**

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. CONTRATO - OPS:** | PS 1196 2024 | **C.D.P. No.:** | 146 | **Proceso que pertenece:** | DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS-MEDICINA |
| | | | | **Servicio al que pertenece:** | HOSPITALIZACIÓN |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | HOSPITAL SANTA CLARA |

**Nombre del Contratista:** EDITH JOHANNA CHINGATE MEDINA **C.C.** 52.490.617 **de:** BOGOTA

**Fecha Inicio:** 21/01/2024 **Fecha Terminación inicial:** 2024-03-20 **Valor Mensual:** $ 4.121.920 **Valor a cobrar:** $ 5.058.720

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 2.966.533 | | 2024-03-21 | 2024-03-31 |
| 2 | $ 4.521.621 | 1260 | 2024-04-01 | 2024-04-30 |
| 3 | $ 6.470.166 | | 2024-05-01 | 2024-05-31 |
| 4 | $ 5.658.272 | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |

| Nº GTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NUMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO PLANILLA |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | ENERO | $ 37.472 | $ 505.400 | 74024391 | 17/12/2023 |
| 2 | FEBRERO | $ 3.990.768 | $ 391.400 | 74764543 | 14/02/2024 |
| 3 | MARZO | $ 3.897.088 | $ 456.000 | 75437967 | 8/03/2024 |
| 4 | ABRIL | $ 4.571.584 | $ 446.400 | 76242470 | 9/04/2024 |
| 5 | MAYO | $ 5.058.720 | $ 550.100 | 76981358 | 14/05/2024 |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 8.243.840 | $ 27.860.432 | $ 17.555.632 | $ 10.304.800 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO INSTRUMENTADOR QUIRURGICO 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:** 2024-05-01 **Hasta:** 2024-05-31

| | OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | Portar el carné institucional de la Subred durante la ejecución de las actividades contractuales, exceptuando aquellas desarrolladas dentro de las unidades quirúrgicas. | Porta el carné institucional de la Subred durante la ejecución de las actividades contractuales, exceptuando aquellas desarrolladas dentro de las unidades quirúrgicas. | Se porta Carnet Institucional Permanentemente. |
| 2 | Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la normatividad vigente. | Apoya el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la normatividad vigente. | Actividades de acuerdo a los Lineamientos de la Institucion. |
| 3 | Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | Participa en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | Actividad ejecutada de acuerdo a los cronogramas de capacitacion de la Subred |
| 4 | Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos, guías, manuales, protocolos y demás establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | Conoce y dar cumplimiento a los procedimientos, guías, manuales, protocolos y demás establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | Conosco y cumplo con los procedimientos. Guias, manuales, establecidos por la Subred, apoyando la implementacion de los mismos durante mis labores |
| 5 | Apoyar a la Entidad en las actividades que demande según requerimientos intra y extra institucionales. | Apoya a la Entidad en las actividades que demande según requerimientos intra y extra institucionales. | Se apoya a la Subred en sus difirentes actividades |
| 6 | Participar en la elaboración y actualización de los manuales, procesos, guías de manejo y protocolos asistenciales del área. | Participa en la elaboración y actualización de los manuales, procesos, guías de manejo y protocolos asistenciales del área. | Actividad ejecutada de acuerdo a los lineamientos de la institucion |
| 7 | Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones. | Informa al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones. | Se informa las novedades al supervisor |
| 8 | Atender a los usuarios internos y externos con actitud de servicio y de manera humana, eficaz, cálida y respetuosa | Atiende a los usuarios internos y externos con actitud de servicio y de manera humana, eficaz, cálida y respetuosa | Actividad ejecutada de acuerdo a los lineamientos de la institucion |
| 9 | Desarrollar actividades de docencia dirigidas a los estudiantes de instrumentación quirúrgica que realizan práctica clínica en la institución y ofrecer informe a la persona encargada de los estudiantes en cada institución. También desarrollar actividades de capacitación al personal del servicio para el desarrollo y formación del recurso humano en salud, cuando sea necesario. | Desarrolla las actividades de docencia dirigidas a los estudiantes de instrumentación quirúrgica que realizan práctica clínica en la institución y ofrecer informe a la persona encargada de los estudiantes en cada institución. También desarrollar actividades de capacitación al personal del servicio para el desarrollo y formación del recurso humano en salud, cuando sea necesario. | Ejecutado con educacion Media |
| 10 | Cumplir la programación mensual de actividades. | Cumple la programación mensual de actividades. | Se cumple con la programacion mensual de actividades |
| 11 | Notificar los sucesos de seguridad que se presenten en el servicio, participar en los análisis de caso relacionados con el suceso y en los que sea convocado, e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio, resultado del análisis realizado. | Notifica los sucesos de seguridad que se presenten en el servicio, participar en los análisis de caso relacionados con el suceso y en los que sea convocado, e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio, resultado del análisis realizado. | Se notifica los sucesos de seguridad que se presenten en el servico en ALMERA |
| 12 | Emitir conceptos de conformidad con sus actividades profesionales. | Emiti conceptos de conformidad con sus actividades profesionales. | Se informa al jefe inmediato |
| 13 | Soportar de manera oportuna, conforme a los tiempos establecidos, 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 de aportes al sistema integral de seguridad social que comprende salud, pensión y riesgos laborales. | Soporta de manera oportuna, conforme a los tiempos establecidos, 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 de aportes al sistema integral de seguridad social que comprende salud, pensión y riesgos laborales. | Se entrega el soporte de pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal en los tiempos establecidos por la Subred |
| 14 | Custodiar y responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas. | Custodia y responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas. | Se Custodia y responde por los elementos entregados para el desempeño de mis actividades asignadas. |
| 15 | Ingresar al área quirúrgica portando el vestido quirúrgico completo y de forma correcta como aparece en el protocolo institucional. | Ingresa al área quirúrgica portando el vestido quirúrgico completo y de forma correcta como aparece en el protocolo institucional. | Ingreso al área quirúrgica portando el vestido quirúrgico completo y de forma correcta como aparece en el protocolo institucional. |
| 16 | Verificar la programación quirúrgica del quirófano al que fue asignado, con el propósito de dar cumplimiento a la programación. | Verifica la programación quirúrgica del quirófano al que fue asignado, con el propósito de dar cumplimiento a la programación. | Se cumple con esta actividad a diario |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 17 | Solicitar y registrar correctamente el instrumental quirúrgico, dispositivos médicos, y material necesario solicitado en central de esterilización para cada procedimiento. | Solicita y registrar correctamente el instrumental quirúrgico, dispositivos médicos, y material necesario solicitado en central de esterilización para cada procedimiento. | De acuerdo a la programcion se solicitá y registrar correctamente el instrumental quirúrgico, dispositivos médicos, y material necesario en los formatos establecidos por la central de esterilizacion para cada procedimiento quirurgico |
| 18 | Solicitar a la farmacia las suturas y dispositivos médicos necesarios para realizar el procedimiento quirúrgico y devolver el material no utilizado a la farmacia nuevamente. | Solicita a la farmacia las suturas y dispositivos médicos necesarios para realizar el procedimiento quirúrgico y devolver el material no utilizado a la farmacia nuevamente. | Se solicita el alistamiento de suturas y dispositivos médicos necesarios de acuerdo al procedimiento quirurgico. |
| 19 | Realizar la limpieza y desinfección del carro de transporte correspondiente en el quiróFano asignado al iniciar la jornada y registrar el proceso en el formato correspondiente, para poder trasladar en ellos todos los dispositivos, equipos y demás material estéril necesario para realizar cada procedimiento. | Se realiza la limpieza y desinfección del carro de transporte correspondiente en el quiróFano asignado al iniciar la jornada y registrar el proceso en el formato correspondiente, para poder trasladar en ellos todos los dispositivos, equipos y demás material estéril necesario para realizar cada procedimiento. | Se realiza el registro en el formato correspondiente a esta actividad |
| 20 | Responder la lista de chequeo de cirugía segura, voceada por el anestesiólogo, verificando el registro de la información, informando toda novedad, firmar al terminar cada procedimiento. | Responde la lista de chequeo de cirugía segura, voceada por el anestesiólogo, verificando el registro de la información, informando toda novedad, firmar al terminar cada procedimiento. | Actividad ejecutada de acuerdo a los lineamientos de la institucion |
| 21 | Presentarse al paciente e informarle sobre su rol durante el acto quirúrgico, antes de dar inicio al procedimiento. | Se Presenta al paciente e informarle sobre su rol durante el acto quirúrgico, antes de dar inicio al procedimiento. | Actividad ejecutada de acuerdo a los lineamientos de la institucion |
| 22 | Velar por la asepsia y antisepsia dentro del procedimiento quirúrgico así como por la garantía de conservación de esterilidad del instrumental y equipos utilizados en salas de cirugía. | Vela por la asepsia y antisepsia dentro del procedimiento quirúrgico así como por la garantía de conservación de esterilidad del instrumental y equipos utilizados en salas de cirugía. | Se asegura la asepsia y antisepsia dentro del procedimiento quirúrgicocomo la esterilidad del instrumental y equipos usados en salas de cirugía. |
| 23 | Verificar el viraje de los indicadores químicos antes de iniciar el procedimiento, en caso de no ser aceptables, rechazar los elementos según corresponda. | Verifica el viraje de los indicadores químicos antes de iniciar el procedimiento, en caso de no ser aceptables, rechazar los elementos según corresponda. | Antes de iniciar el procedimiento se hace la verificacion de los indicadores químicos y se informa ala equipo quirurgico |
| 24 | Revisar el contenido de cada equipo y el estado del mismo antes de iniciar el procedimiento. En caso de encontrar algún faltante o elemento en mal estado informar inmediatamente a la central de esterilización, por medio del circulante de enfermería, conservando el rótulo de marcado proveniente de la central. | Revisa el contenido de cada equipo y el estado del mismo antes de iniciar el procedimiento. En caso de encontrar algún faltante o elemento en mal estado informar inmediatamente a la central de esterilización, por medio del circulante de enfermería, conservando el rótulo de marcado proveniente de la central. | Se revisa el contenido de cada equipo y el estado del mismo antes de iniciar el procedimiento, En caso de encontrar algún faltante o elemento en mal estado se informar inmediatamente a la central de esterilización |
| 25 | Contar en voz alta en conjunto con el auxiliar el material médico quirúrgico que va a ser utilizado durante el procedimiento, tales como: gasas, compresas, agujas de suturas, cotonoides y demás dispositivos antes de dar inicio al procedimiento quirúrgico e informar en voz alta al auxiliar de enfermería circulante de sala para que lo registre en la hoja de verificación de seguridad. | Cuenta en voz alta en conjunto con el auxiliar el material médico quirúrgico que va a ser utilizado durante el procedimiento, tales como: gasas, compresas, agujas de suturas, cotonoides y demás dispositivos antes de dar inicio al procedimiento quirúrgico e informar en voz alta al auxiliar de enfermería circulante de sala para que lo registre en la hoja de verificación de seguridad. | Se realiza el conteo en voz alta en conjunto con la auxiliar circulante de la sala, del material medico quirugico que se va usar durante el procedimiento para dejar registro en la hoja de verificacion de seguridad de la sala de cirugia. |
| 26 | Durante el procedimiento informar del conteo de material médico quirúrgico, que se vaya recibiendo con el fin de registrarlo en la hoja de seguridad, sumarlo y contarlo al final del procedimiento. | Durante el procedimiento informar del conteo de material médico quirúrgico, que se vaya recibiendo con el fin de registrarlo en la hoja de seguridad, sumarlo y contarlo al final del procedimiento. | Se informar del conteo de material médico quirúrgico, que se vaya recibiendo durante el procedimiento con el fin de registrarlo en la hoja de seguridad, sumarlo y contarlo al final del procedimiento. |
| 27 | Contar en conjunto con el auxiliar circulante de sala el instrumental quirúrgico, compresas, gasas, cotonoides, agujas y todo el material quirúrgico utilizado en cavidad, antes del cierre de la cavidad. | Contar en conjunto con el auxiliar circulante de sala el instrumental quirúrgico, compresas, gasas, cotonoides, agujas y todo el material quirúrgico utilizado en cavidad, antes del cierre de la cavidad. | Se realiza el conteo en conjunto con el auxiliar circulante de sala el instrumental quirúrgico, compresas, gasas, cotonoides, agujas y todo el material quirúrgico utilizado en cavidad, antes del cierre de la cavidad. |
| 28 | Participar activamente en el procedimiento quirúrgico. | Participa activamente en el procedimiento quirúrgico. | Sa participa activamente durante el procedimiento quirurgico |
| 29 | Posteriormente informar al cirujano tratante el resultado del recuento para poder realizar cavidad. Una vez terminado el procedimiento, verifique el registro de la información en la hoja de seguridad, antes de firmar. Entregar las piezas anatomopatológicas al auxiliar de enfermería para su debido envío a estudio, informando en voz alta el nombre de la muestra, medio de preservación y el destino de la muestra. Posteriormente, verifique el correcto registro en la hoja de verificación. | Se informar al cirujano tratante el resultado del recuento para poder realizar cavidad. Una vez terminado el procedimiento, verifique el registro de la información en la hoja de seguridad, antes de firmar. Entregar las piezas anatomopatológicas al auxiliar de enfermería para su debido envío a estudio, informando en voz alta el nombre de la muestra, medio de preservación y el destino de la muestra. Posteriormente, verifique el correcto registro en la hoja de verificación. | Actividad ejecutada de acuerdo a los lineamientos de la institucion |
| 30 | Terminado el procedimiento quirúrgico recoger todo el instrumental y dispositivos médicos, colocarlos en los contenedores de transporte de material contaminado, abrir las pinzas con excepción de las pinzas de campo y aplicar detergente enzimático y tapar el contenedor. | Terminado el procedimiento quirúrgico recoger todo el instrumental y dispositivos médicos, colocarlos en los contenedores de transporte de material contaminado, abrir las pinzas con excepción de las pinzas de campo y aplicar detergente enzimático y tapar el contenedor. | Actividad ejecutada de acuerdo al protocolo de la institucion |
| 31 | Trasladar el contenedor del instrumental quirúrgico en carro de transporte de material contaminado y hacer la entrega en el área de recepción de la central de esterilización, esperar a que el auxiliar del servicio de esterilización realice el conteo respectivo y registrar en el libro correspondiente de central de esterilización todos los equipos y materiales entregados para reprocesar. | Traslada el contenedor del instrumental quirúrgico en carro de transporte de material contaminado y hacer la entrega en el área de recepción de la central de esterilización, esperar a que el auxiliar del servicio de esterilización realice el conteo respectivo y registrar en el libro correspondiente de central de esterilización todos los equipos y materiales entregados para reprocesar. | Actividad ejecutada de acuerdo al protocolo de la institucion |
| 32 | Registrar en la hoja de gastos de farmacia los elementos utilizados en el procedimiento quirúrgico. | Registra en la hoja de gastos de farmacia los elementos utilizados en el procedimiento quirúrgico. | Actividad ejecutada de acuerdo a los lineamientos de la institucion |
| 33 | Elaborar por sistema la hoja de gastos de material especializado cuando haya lugar. | Elabora por sistema la hoja de gastos de material especializado cuando haya lugar. | Actividad ejecutada de acuerdo a los lineamientos de la institucioned |
| 34 | Reportar los eventos de seguridad que se presenten durante el procedimiento quirúrgico o relacionados a atención del paciente, aun cuando no se encuentre directamente involucrado el instrumentador quirúrgico. | Reporta los eventos de seguridad que se presenten durante el procedimiento quirúrgico o relacionados a atención del paciente, aun cuando no se encuentre directamente involucrado el instrumentador quirúrgico. | Se reporta en el aplicativo de ALMERA |
| 35 | Cumplir el protocolo institucional de comportamiento en quirófano | Cumple con el protocolo institucional de comportamiento en quirófano | Actividad ejecutada de acuerdo a los protocolos de la Subred |

**Observaciones:**

**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.

Edith Johanna Chingate M

**Firma del Contratista**

**C.C.** 52.490.617 **de** BOGOTA

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | PEDRO FABIAN DAVALOS BERDUGO |
| **CARGO:** | DIRECTOR TECNICO SERVICIO HOSPITALARIO |
| **FIRMA** | |

**Cuenta de Cobro # 5-2024**

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**
**Nit. 900.959.051-7**

DEBE A:
**EDITH JOHANNA CHINGATE MEDINA**
C.C. 52.490.617

**LA SUMA DE:**

**CINCO MILLONES CINCUENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS VEINTE PESOS M/CTE**

**($5'058.720)**

Por concepto de: **270 Horas**

- Honorarios por prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato **N° PS 1196 2024** con afiliación ARL **POSITIVA RIESGO 5** correspondiente al mes de MAYO, del 1/05/2024 AL 31/05/2024

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO INSTRUMENTADOR QUIRURGICOPARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**Cordialmente,**

Edith Johanna Chingate M

**EDITH JOHANNA CHINGATE MEDINA**
C.C. 52.490.617
Teléfono: 3004500928
Dirección: Diagonal 39sur #3-57 Este
No Cuenta: 380116087 BANCO DE BOGOTA-AHORROS
Fecha: 31 MAYO 2024

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 | 52490617 | EDITH JOHANNA CHINGATE MEDINA | Crr 71 No 65-27 Apto 302 | 6153927 | johachin14@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | SI |

| 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 | |
| 2024-04 | 2024-04 | I | 14/05/2024 | 76981358 | $550.100 | |

## 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 | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 239.900 | 0 | | 0 | | 0 | 7 | 1.400 | 0 | 241.300 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | Proteccion (ING - Proteccion) | 800229739-0 | 307.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 1.800 | 0 | 308.800 | |

**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 | | | | | | | | | | |

**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 | 239.900 | 241.300 |
| Pensión | 1 | 307.000 | 308.800 |
| Riesgos Laborales | 0 | 0 | 0 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 2 | 546.900 | 550.100 |

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