	FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	Código: GJC23F	Versión: 2
		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024	
		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/05/2024	

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y
JESSENIA ESTHER GOMEZ RIVAS
CON C.C Nº 39047087

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20242462			DE FECHA		31/03/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$ 10,000,000			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:		$ 2,000,000
N° PAGO / N° DE INFORME::	2 DE 5		Nº CRP:	2870	N° CDP:	510
PLAZO DEL CONTRATO	(5) CINCO MESES		FECHA DEL ACTA DE INICIO		01/04/2024	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	AURA STELLA DAZA PEÑA					

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N.° DE MODIFICACIÓN:	N/A	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				N/A	
VALOR ADICIONADO	N/A	CDP DE LA ADICIÓN:	N/A	CRP DE LA ADICIÓN:	N/A	TIEMPO PRORROGADO:	N/A

III. POLIZAS (SI APLICA)

N° DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	N/A

ITEM	IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades especificas del objeto del contrato)
1	Recibí y entregue turnos acorde a la guía.
2	Atendí pacientes asignados en el area de hospitalización según las necesidades fisicas, fisiológicas, psicológicas y sociales(toma de signos vitales, baño en cama, asistencia en la alimentación, toma de glucometrias, cambios de posición, arreglo de la unidad, toma de muestras de laboratorios, realicé venopunción, verifique signos de flebites, instale y retire infusiones de liquidos, asepsia a implementos de trabajo como aspirador, riñoneras, pisimgos, patos cada vez que fuere necesario)
3	Asistí al paciente en la alimentación enteral y parenteral.
4	Informé a la enfermera (o) de turno la seguridad del paciente de los incidentes y eventos adversos presentados en el servicio
5	Informé de las fallas de material y equipos del servicio.
6	Realicé las respectivas solicitudes y devoluciones a farmacia de insumos o medicamentos de los pacientes que ingresarón y egresarón bajo la supervisión de la Enfermera(o).
7	Recibí y entregue a los pacientes a los diferentes servicios con la lista de chequeo correspondiente
8	Asistí a las rondas medicas y durante los procedimientos de estos.
9	Apoye a la enfermera (o) en los procedimientos (curaciones, colocación y retiro de sondas vesicales, sonda nasogastrica, electrocardiograma y otros procedimientos) y en marcar los rotulos en la hora de instalar medicamentos.
10	Realicé durante el turno, seguimiento diario y registré todas las actividades y evoluciones del paciente en la historia clínica (notas de Enfermería), en los tiempos regamentados.
11	Observe y reporte los signos de alarma presentados por pacientes
12	Informé a la profesional Especializada de seguridad del paciente los incidentes y eventos adversos participé en reuniones para estudio de estos y todos los que deriven de la atención del paciente.
13	Proporcione orientación al paciente y familiar.
14	Atendí a los pacientes con trato humanizado en el turno y/o area asignada de la E.S.E.
15	Realice asepsia general semanal y diaria al egreso del paciente , registrado en el formato correspondiente
16	clasifique, ordene y registre las lencerias del servicio a efectos de reposición de ropas y vestuarios relacionados al servicio de lavanderia.
17	Realicé una adecuada segregación de los elementos de protección personal, residuos hospitalarios que se generaron en la atencioón d epacientes.
18	Recibí y regístre oportunamente los elementos de protección personal y le dí uso correcto a estos.
19	Le dí uso correcto a la administración de medicamentos.
20	Me adherí a protocolos, guías y procedimientos requeridos en la prestación del servicio.
21	Conduje a los usuarios a los distintos servicios y a otras instituciones de salud
22	Cuando fue necesario arreglé el cadáver y le entregue al familiar todas las pertenencias del paciente fallecido.
23	Informe a la enfermera(o) , médico de turno la fuga de pacientes.
24	Realicé seguimiento a la administración de los medicamentos por la enfermera(o)(farmacovigilancia).
25	Realicé proceso de esterilización del instrumental, insumos y dispositivos médicos, comprobé el correcto empaquetamiento de este y cumplí con los registros especificos.
26	Preparé los paquetes de material(confección de apósitos de gasa, torundasy otro material), coloque los controles químicos y biológicos necesarios, colocandole la fecha de envasado y cerre los sobres de material.
27	Clasifique el material de esterilización y comprobe el correcto empaquetamiento e introduje los diferentes paquetes según caracteristicas. Colaboré en la puesta en marcha de los aparatos cumpliendo los registros especificos.

Escaneado con CamScanner

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Mendez BARRENECHE	**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO**	**Código: GJC23F**	**Versión: 2**
		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024	
		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/05/2024	

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y
JESSENIA ESTHER GOMEZ RIVAS
CON C.C N° 39047087

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20242462**		**DE FECHA**		**31/03/2024**	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$ 10,000,000		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:**		$ 2,000,000	
N° PAGO / N° DE INFORME::	2 DE 5	**N° CRP:**	2870	**N° CDP:**	510	
PLAZO DEL CONTRATO	(5) CINCO MESES	**FECHA DEL ACTA DE INICIO**	01/04/2024			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	AURA STELLA DAZA PEÑA					

28	Proporcioné desde la zona intermedia todo el material necesario para la intervención (hojas de bisturies, apositos,...(, y mantuve la zona respuesta, limpia y ordenada.
29	Traslade al paciente a quirófano y realicé el monitoreo completo (pulsioximetro, tensiometro, electrodos, placa de bisturí) para iniciar el procedimeinto quirurgico.
30	Aseguré el correcto etiquetado de las muestras biológicas obtenidas durante la intervenciòny el envio a los laboratorios correspondientes (Anatomía patológica, Microbiología, etc..).
31	Revisé el funcionamineto de los equipos y elementos que se encuentran en la ambulancia y otros servicios: pulsoximetro, aspirador, tensiometro, desfibrilador, etc...
32	Ayudé al médico en las maniobras de "soporte vital básico"(SVB) y "soporte vital avanzado"(SVA) que se aplicó al enfermo crítico.
33	Movilicé e inmovilicé al paciente con seguridad y rápidez en problemas traumatológicos y psiquiatricos, etc....
34	Al realizar traslado del paciente a otro servicioo por medio de ambulancia. Antes: Rrecibí las ordenes del servicio, se le informo a los familiares que le van a realizar un procedimiento y deben estar listos media hora antes, se verifico el nombre del paciente, número de cama asignada, el estado del paciente, para ver si se podía transportar en silla de rueda o en camilla, verificando el acompañamiento del familiar, y mirar las condiciones de las venas y si estan permeables y con angiocath N° 18 y reciente
35	Preparé al paciente para procedimientos (quirurgicos, medios diagnósticos como TAC, ecografias, estudios especializados).
36	Realicé registro de verificación de los pacientes que fueron sometidos a procedimiento quirurgicos (lista de chequeos).
37	Verifiqué el diligenciasmiento del consentimiento en las transfusiones sanguineas, autorización de procedimientos quirurgicos y de anestesia, además la declaración de retiro voluntario, que estuvieran bien diligenciados.
38	Llene el formato de transfusión sanguinea antes, durante y después de la transfusión.
39	Preparé el equipo y paciente antes, durante y después de la atención del parto
40	Atendí al recien nacido.
41	Prepare el equipo y a la paciente para el monitoreo fetal.
42	Actualicé el kardex y tarjetas de medicamento si la Enfermera(o) no se encontraba o estaba ocupada.
43	Controlé la entrada y salida de historias clínicas del consultorio(prestación d ehistorias clínicas)
44	Surtí los consultorios de materiales, equipos, etc...
45	Recibí al paciente y la programación de cirugia ambulatoria, verifique que no tenga accesorios, no uñas pintadas, no cabello mojado, que el paciente este afectado en la zona de inserción, se verifico los documentos de este y que estuvieran completos y actualizados, se realizó notas de enfermeria, se verifico la autorización para la cirugía, se admisionó y se traslado al piso correspondiente.
46	Al recibir al paciente procedente de cirugía u otros servicios se verificó en la historia clinica estén los registros médicos y de enfeermería llenos
47	Recogí las facturas de los paciente y verifique que estos aparezcan en el sistema
48	Bajo la resolución 1955 de 1999 y 839 de 2014 cumplí con el diligenciamiento de los RIPS, formato de seguimiento, evolución, facturación y registros propis de la ESE.
49	Le dí uso adecuado y racional a los elementos, recursos y demás medios institucionales.
50	Garanticé la presencia oportuna, cuando se requirio hacer procedimientos y labores propias de auxiliar de enfermería en cualquier servicio de la ESE.
51	Respondí por los daños y perjuicios en salud que se generarón a un usuario por negligencia, omisión, descuido, olvido, exceso o cualquier otra acción imputable por mi culpa.
52	Permanecí atenta a comunicación las 24 horas del día para una fácil localización en caso de urgencias, para lo cual certifique el número telefónico.
53	La suspensión, cancelación y atrasos en la prestación de los servicios por incumplimiento en los turnos asignados sin justificación que ocasionen trastornos y /o alteraciones en la oortunidad de la prestación del servicio, será objeto de glosas de la orden que se genere, el incumplimiento a un turno nocturno no tiene derecho al descanso.
54	El valor mensual facturado dependerá de las actividades contratadas y cumplidas por mi parte (contratista) y verificadas por el supervisor asignado al contrato.
55	Reporté inmediatamente cualquier incapacidad a la profesional especializada de la unidad de Enfermería.
56	Desarollé las actividades difundidas en el contrato por cumplimiento con la agenda de turnos y horas establecidas (192 horas).
57	Asistí a capacitaciones, programas de formación continúa y apropiación de inducció y reinducción.
58	Garanticé la prestación del servicio objeto del contrato, cumpliendo estrictamente con las caracteristicas y referencias descritas en el presente documento, las cuales se ajustaron a las normas de calidad de conformidad con lo establecido por la ESE Hospital Universitario Julio Mendez Barreneche. Adicionalmente garanticé los servicios ofrecidos permitan se mantenga la calidad e idoneidad.
59	Realicé las actividades asignas por el supervisor del contrato y las demas que determino el gerente.

Escaneado con CamScanner

	FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	Código: GJC23F	Versión: 2
		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024	
		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/05/2024	

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y
JESSENIA ESTHER GOMEZ RIVAS
CON C.C Nº 39047087

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20242462		DE FECHA		31/03/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$ 10,000,000		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:		$ 2,000,000
Nº PAGO / Nº DE INFORME::	2 DE 5	Nº CRP:	2870	Nº CDP:	510
PLAZO DEL CONTRATO	(5) CINCO MESES	FECHA DEL ACTA DE INICIO	01/04/2024		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	AURA STELLA DAZA PEÑA				

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	4546838696	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	22/05/2024	$ 162.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	22/05/2024	$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	22/05/2024	$ 31.700

VI.DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social por el valor que exige la Ley, pago del cual anexo copia simple.
3.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

VII. ANEXOS
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

FIRMA DEL CONTRATISTA:	
Nº. IDENTIFICACIÓN:	CC Nº 39047087

Escaneado con CamScanner

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE	FORMATO INFORME DE SUPERVISOR	Código: GJC22F	Versión: 1
		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/01/2024	
		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/05/2024	

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y

JESSENIA ESTHER GOMEZ RIVAS

CON C.C Nº 39047087

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD20242462		DE FECHA		31/03/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	$ 10,000,000		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO:		$ 2,000,000
Nº PAGO / Nº DE INFORME::	02 DE 05	Nº CRP:	2870	Nº CDP:	510
PLAZO DEL CONTRATO	(5) CINCO MESES	FECHA DEL ACTA DE INICIO:		01/04/2024	
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	4546838696	OPERADOR:		SOI	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	AURA STELLA DAZA PEÑA				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	N/A	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				N/A	
VALOR ADICIONADO	N/A	CDP DE LA ADICIÓN:	N/A	CRP DE LA ADICIÓN:	N/A	TIEMPO PRORROGADO:	N/A

III. POLIZAS (SI APLICA)

Nº DE PÓLIZA:	XX	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	XX
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	XX

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DEL MES DE MAYO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	El contrato se encuentra debidamente legalizado.	X	
2	El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades.	X	
3	Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en su respectiva carpeta contractual.	X	
4	Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.	X	

Teniendo en cuenta lo anterior, en mi calidad de supervisor doy visto bueno para el respectivo pago correspondiente al periodo Nº 2 (DOS) de 5 (CINCO)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	Aura Stella Daza P.
Nº. IDENTIFICACIÓN:	36.541.888

Escaneado con CamScanner

CUENTA DE COBRO

DATOS DEL CONTRATISTA		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/05/2024	
NOMBRES Y APELLIDOS:	JESSENIA ESTHER GOMEZ RIVAS	CC:	39047087
		RUT:	39047087-5
CORREO ELECTRÓNICO:	jessegorivas@gmail.com	TELÉFONO:	3007105601
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Calle 5 Nº 10-19 Barrio Pescaito	CIUDAD:	SANTA MARTA

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.

NO tomaré costos y deducciones	(X)
SI tomaré costos y deducciones	( )

La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORRO	Nº CUENTA:	488427209769

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	CD20242462	Nº RP:	2870	Nº CDP:	510	PLAZO - DURACIÓN: 5 MESES
¿ADICIÓN O PRORROGA?	NO	TIEMPO PRORROGADO		NO		VALOR ADICIONADO: NO
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/04/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31 DE AGOSTO DE 2024		VALOR DEL CONTRATO: $ 10,000,000
Nº CDP (ADICIÓN):	NO	OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.			
Nº RP: (ADICIÓN)	NO					
¿SUSPENDIDO?	NO	FECHA DE REINICIO:		DD/MM/AAAA	NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN:	DD/MM/AAAA
VALOR TOTAL DEL CONTRATO (ADICIÓN)	NO	PERIODO OBJETO DE COBRO:		may-24		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO?		$ 2,000,000				

Firma del Contratista

JESSENIA ESTHER GOMEZ RIVAS
C.C 39047087

Escaneado con CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

soi — Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	39047087
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JESSENIA ESTHER GOMEZ RIVAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	CALLE 36 # 5 - 65	TELÉFONO:	4000000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		4546838696	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES abril AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES abril AÑO	2024
DIAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/05/22	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		[illegible]

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	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
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 0	$ 208.000
SUBTOTALES:										$ 208.000	$ 0	$ 208.000

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NUMERO 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
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500
SUBTOTALES:													$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	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
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 31.700	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 31.700
SUBTOTALES:									$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 31.700

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EN EL EXTERIOR	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	NOVEDADES
1	CC 39047087	GOMEZ RIVAS JESSENIA ESTHER	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD

ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500

SEGURIDAD SOCIAL — ARP

ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
14-23-POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000	39047087	$ 31.700

PARAFISCALES

DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 402.200

Planilla Pagada

Escaneado con CamScanner