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 CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-077** **VERSIÓN: 2** **FECHA: 2024-09-16**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

JUAN CAMILO CALVACHE VALLEJOS

CON C.C Nº	**1.085.273.972**
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO MEDICO INTERNISTA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1280 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		21/01/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 34.745.400	**PLAZO INICIA**	DOS (2) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 151.528.550		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 12.160.890**
Nº DE INFORME:	11	**Nº CRP:**	13470	**Nº CDP:**	146
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ**				

Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	6	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	6	**PRORROGAS**	6	
VALOR ADICIONADO	14.927.653	**CDP DE LA ADICIÓN:**	935	**CRP DE LA ADICIÓN:**	21187	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	321.717	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1260	**CRP DE LA ADICIÓN:**	24098	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	15.635.430	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1631	**CRP DE LA ADICIÓN:**	28911	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	12.160.890	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2204	**CRP DE LA ADICIÓN:**	32302	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	52.118.100	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2622	**CRP DE LA ADICIÓN:**	36251	**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES(3) MESES
VALOR ADICIONADO	21619360	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3757	**CRP DE LA ADICIÓN:**	45643	**TIEMPO PRORROGADO:**	DOS (2) MESES

III. POLIZAS (SI APLICA)

Nº DE PÓLIZA:	N/A	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	NA	**FECHA 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 realizadas durante el mes)
1	Realizo valoracion de pacientes del servicio de cuidado critico durante cada uno de los turnos asignados en el cual se realiza la evolucion, ajustes en el manejo y definicion de conductas de acuerdo con la experticia clinica y las guias y protocolos institucionales de manera oportuna y pertinente orientadas al mejoramiento de la salud del paciente
2	Brindo una atencion en salud oportuna, integra, suficiente y pertientne Realizo la evolucion escrita de los pacientes valorados ,asi como el seguimiento e interpretacion de laboratorios y otros medios diagnosticos en un ambiente de atencion humanizada de acuerdo a los estandares de habilitacion y acreditacion.
3	Preste servicios asistenciales respetando la autonomia institucional de la SUBRED , su vision, mision, estructura organica, reglamentos administrativos, tecnicos, cientificos y disciplinarios.
4	Realizo las actividades asisitenciales segun las necesidades de la SUBRED dando cobertura en las unidades donde sea requerido
5	Informe al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, conocer el grado de satisfacción sobre los servicios prestados y resolver inquietudes relacionadas con el proceso de atención, todo de acuerdo al protocolo institucional de entrega de informacion
6	Las actividades, procedimientos e intervenciones desarrolladas quedan registradas en el módulo de historias clínicas del sistema de información Dinámica Gerencial Hospitalaria, de modo que es posible obtener los informes estadísticos que la institución requiera. Los mismos registros constituyen el insumo requerido en los procesos de costeo y facturación.
7	Durante el proceso de atención se respetaron los derechos del paciente, y se aplicó lo dispuesto en la Ley de ética médica, atendiendo a las demás disposiciones legales aplicables a la práctica profesional.
8	Se impartieron las instrucciones al equipo de salud para el seguimiento y control de los pacientes a cargo. Reporte los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente
9	Emito conceptos médicos que se requirieron, de conformidad a mi especialidad, realize resúmenes de historia clinica, epicrisis y otros documentos asistenciales o administrativos que me fueron solicitados. Ademas se diligencio el formato de entrega de turno institucional. Tengo disposición de participar en la programación de actividades del servicio y todo lo requerido
10	Los registros clinicos se hicieron completos y oportunos, con una correcta redaccion y digitación en la historia clinica electrónica del paciente, respaldando lo actuado con la firma electrónica resguardada con mi usuario personal e intransferible y la respectiva contraseña. Los formatos manuales se cumplimentaron en todos sus campos garantizando legibilidad y responsabilizándome de lo registrado con firma, nombre y número de documento.
11	La custodia de la información contenida en historia clínica se garantiza mediante los protocolos de seguridad del sistema de información. Se mantuvo la reserva de informacion clinica en los terminos de la Resolución 1995/1999.
12	Los equipos, elementos e instalaciones puestos a disposición para el desarrollo de mis actividades fueron usados racionalmente, no se presentaron daños ocasionados en cumplimiento o con ocasión de la prestación de mis servicios a la Subred.
13	Los equipos de mi propiedad destinados al cumplimiento de las actividades asistenciales permanecen bajo mi custodia y son retirados de la institución al concluir las actividades. No uso equipo para el cumplimiento de mi objeto contractual que requiera ser reportado a Activos Fijos
14	Se notifica al area encargada cuando hay algun suceso con los equipos que se encuentren dentro del servicio.
15	Participó activamente en el desarrollo, implementación y cumplimiento de las políticas institucionales, sistema integrado de gestión, acreditación, seguridad del paciente y demás actividades enmarcadas dentro del sistema obligatorio de garantía de la calidad.
16	Participacion activa en las actividades del servicio
17	Participe en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que aplican al servicio.
18	Participacion en actividades y jornadasa programadas por la SUBRED
19	Se participar en 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 cuando esta actividad es requerida por el lider del servicio

20	Se presta el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EPS-S-EAPB cuando esta actividad es requerida por el lider del servicio
21	Notifique los sucesos de seguridad que se presentaron durante el proceso de atención, participó en los análisis a los que fue convocado e implementó las acciones de mejora definidas para el servicio
22	Notificar en la pagina de seguridad del paciente eventos de seguridad
23	Se diligenció y reportó oportunamente los certificados de estadísticas vitales de acuerdo a la normatividad vigente.
24	Participacion en actividades academicas del servicio, asi como las convocadas desde gestion del conocimiento
25	Se instruye a la comunidad al momento de dar informacion medica asi como al alta hospitalaria con la activacion de las RIAS
26	Participe en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales fui convocado.
27	Se informo oportunamente al supervisor del contrato sobre las novedades presentadas durante el cumplimiento de mis obligaciones
28	Mantuve comunicación permanente con el supervisor del contrato para facilitar las labores de verificacion de cumplimiento de actividades y obligaciones
29	Se cumplio oportunamente con las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad.
30	Se acredito la inscripcion
31	uso diario de carnet de identificacion en la institucion
32	Se cumplio la programacion de actividades agendadas y acordadas con el supervisor del contrato. Las novedades tambien fueron gestionadas
33	Cuando aplica se participa en investigaciones

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**74417408**	**OPERADOR:**	**ENLACE OPERATIVO**

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	17/11/2024	$ 695.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	17/11/2024	$ 945.100
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	17/11/2024	$ 135.500
OTRO			$ 1.775.600
TOTAL PAGADO			

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 donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)
3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
4.- 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

JUAN CAMILO CALVACHE VALLEJOS
CC:1085273972
CEL3152518473

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 CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 6

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30/11/2024)

NOMBRES Y APELLIDOS:	**JUAN CAMILO CALVACHE VALLEJOS**	**CC:**	1085273972
		RUT (NIT):	NA
CORREO ELECTRÓNICO:	JCAMILOCV89@HOTMAIL.COM	**TELÉFONO:**	3152518473
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 18 86 55	**CIUDAD:**	BOGOTA

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

NO tomaré costos y deducciones	( )
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.

Regimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación	SI ( )	NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO AV VILLAS**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**53942509**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

N° DEL CONTRATO:	**PS 1280 2024**	**N° CDP:**	**3757**	**N°. RP:**	**45643**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :ONCE (11) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**21/01/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/12/2024**		**$ 151.528.550**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/11/2024 AL 30/11/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	**$ 12.160.890**					
	DOCE MILLONES CIENTO SESENTA MIL OCHOCIENTO NOVENTA PESOS M/CTE					

JUAN CAMILO CALVACHE VALLEJOS
1085273972
3152518473

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y	CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	JUAN CAMILO CALVACHE VALLEJOS
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.085.273.972

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO MEDICO INTERNISTA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1280 2024		FECHA INICIO CONTRATO		21/01/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	34.745.400				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 151.528.550		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 12.160.890
N° PAGO / N° DE INFORME:	(11 de 11)	N° CRP INICIAL:	13470	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	146
PLAZO DEL CONTRATO	ONCE (11) MESES				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	74417408		OPERADOR:	ENLACE OPERATIVO	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION DE HOSPITALIZACION				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	1SC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	6	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):			6	6
VALOR ADICIONADO	$ 14.927.653	CDP DE LA ADICIÓN:	935	RP DE LA ADICIÓN:	21187	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 321.717	CDP DE LA ADICIÓN:	1260	RP DE LA ADICIÓN:	24098	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 15.635.430	CDP DE LA ADICIÓN:	1631	RP DE LA ADICIÓN:	28911	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 12.160.890	CDP DE LA ADICIÓN:	2204	RP DE LA ADICIÓN:	32302	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 52.118.100	CDP DE LA ADICIÓN:	2622	RP DE LA ADICIÓN:	36251	TIEMPO PRORROGADO: TRES (3) MESES
VALOR ADICIONADO	$ 21.619.360	CDP DE LA ADICIÓN:	3757	RP DE LA ADICIÓN:	45643	TIEMPO PRORROGADO: DOS (2) MESES
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	
N° DE PÓLIZA:	NA	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		NA
FECHA DE LA PÓLIZA	NA	ACTO ADMINISTRATIVO DE		NA

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO 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 el SECOP?	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	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago"**, **CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/11/2024) AL 30/11/2024)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05
	JESUALDO BRACHO VARGAS REFERENTE CLINICAS MEDICAS

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

DIAN

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
b61f3fad496ebdb2e866a6bac6eb409be1558cf3b1ed9c735d5e50dfeddb15ff4f2a222788841e6bd20a6b3ff9ab8364

Número de Factura: ELEC-4
Fecha de Emisión: 14/11/2024
Fecha de Vencimiento: 14/11/2024
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Reversión Crédito Ahorro
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: CALVACHE VALLEJOS JUAN CAMILO
Nombre Comercial: CALVACHE VALLEJOS JUAN CAMILO
Nit del Emisor: 1085273972
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal:R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8610

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CR 21 24 80 SUR TO 2 AP 609
Teléfono / Móvil: 3152518473
Correo: jcamilocv89@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 900959051
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: DIAGONAL 34 5 43
Teléfono / Móvil: 3444484
Correo:
radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1		SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO MEDICO INTERNISTA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS No. CONTRATO PS 1280 2024	NIU	1,00	$ 12.160.890,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 12.160.890,00

Notas Finales

Linea de negocio:

Datos Totales

Documento generado el:
14/11/2024 21:40:34
Documento validado por la DIAN:
14/11/2024 21:40:34
XML Generado por:
Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por:
Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal			12.160.890,00
Descuento detalle			0,00
Recargo detalle			0,00
Total Bruto Factura			12.160.890,00
IVA			0,00
INC			0,00
Bolsas			0,00
Otros impuestos			0,00
Total impuesto (=)			0,00
Total neto factura (=)			12.160.890,00
Descuento Global (-)			0,00
Recargo Global (+)			0,00
Total factura (=)	**COP $**	$	12.160.890,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764077109281 Rango desde: 1 Rango hasta: 50 Vigencia: 2026-08-14

enlace operativo

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-11-17, 07:39:29 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 74417408

Periodo Cotización: octubre de 2024 **Periodo Servicio:** octubre de 2024

PAGADO 14/11/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JUAN CAMILO CALVACHE VALLEJOS		
Documento	CC1085273972	Dirección	CL 18 NORTE #86 - 55
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	6221425
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días PENSION	Días SALUD	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 Mineducación	Total
CC 1085273972	JUAN CAMILO CALVACHE VALLEJOS	57	00																0	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 5.559.264	$ 945.100	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 5.559.264	$ 695.000	2.436	$ 5.559.264	$ 135.500	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.775.600

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	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 5.559.264	$ 5.559.264	$ 5.559.264	$ 0	$ 945.100	$ 695.000	$ 135.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.775.600	$ 0	$ 1.775.600

Enlace Operativo. Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

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

EXPERTOS EN PILA