Secretaría Distrital 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					
MARIA ALEJANDRA ROMERO FRAGOZO					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			**1.032.505.914**		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION SERVICIO URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2899 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**21/01/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 13.119.324**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	**DOS (2) MESES**		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 80.620.362**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 6.559.662**
N° DE INFORME:	**12**	**N° CRP:**	**14126**	**N° CDP:**	**317**
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	**11 MESES; 10 DIAS**				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	**4EG HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN**				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	**0**	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**7**	**PRORROGAS**	**6**	
VALOR ADICIONADO	**$ 9.522.090**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1030	**CRP DE LA ADICIÓN:**	22342	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 7.617.672**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1270	**CRP DE LA ADICIÓN:**	25281	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 5.501.652**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1619	**CRP DE LA ADICIÓN:**	29288	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS
VALOR ADICIONADO	**$ 6.559.662**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2200	**CRP DE LA ADICIÓN:**	32559	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 20.948.598**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2598	**CRP DE LA ADICIÓN:**	36684	**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES (3) MESES
VALOR ADICIONADO	**$ 1.904.418**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3763	**CRP DE LA ADICIÓN:**	44942	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	**$ 15.446.946**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3753	**CRP DE LA ADICIÓN:**	46958	**TIEMPO PRORROGADO:**	DOS (2) MESES
VALOR ADICIONADO	**$ -**	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	**$ -**	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	**$ -**	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	**$ -**	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	**$ -**	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		**SI**		**NO**	**X**
N° DE PÓLIZA:			**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		
FECHA DE LA PÓLIZA			**FECHA DE APROBACIÓN:**		

ITEM	**IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO** **(Deben ser coherentes con las obligaciones especificas del contrato realizadas durante el mes)**
1	Brindé una atención en salud buscando los mejores estandares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada
2	Brindé una atención en salud buscando los mejores estándares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada
3	Presté mis servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales
4	Realicé las actividades segun las necesidades de la subred dando cobertura en todas las unidades en donde se oferta el servicio y sea requerido
5	Informé 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
6	Llevé registro de las actividades, procedimientos e intervenciones, mantuve actualizados los informes estadísticos definidos por la institución y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación
7	Respeté los derechos del paciente, cumplí el código de ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se preste la atención
8	Realice el seguimiento y control a pacientes en los que se requirió mi participación e imparti instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados

9	Emití conceptos médicos que se me requirieron, realicé resúmenes de historia clínica, epicrisis y otros documentos asistenciales o administrativos que fueron solicitados
10	Diligencié en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presentaron fallas del sistema) los formatos de las historias clínicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros propios de mi actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoria y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con firma y sello
11	Garanticé la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos
12	Garanticé la integridad y adecuado funcionamiento de los equipos, elementos e instalaciones, así como la utilización racional de los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposición o reparación cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulación de los mismos
13	Reporté al área de Recursos Físicos – Activos Fijos de la SUBRED, los equipos de mi propiedad, que se destiné a las actividades asistenciales
14	Participé 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
15	Participé en las diferentes actividades del servicio, jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales fui convocado
16	Participé en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio
17	Apoyé a la Entidad en las actividades que demandó según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales
18	Participé en la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presentaron en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demandaron el servicio
19	Presté 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
20	Notifiqué los sucesos de seguridad que se presentaron durante el proceso de atención
21	Participé en los análisis a los que fui convocado e implementé las acciones de mejora definidas para el servicio
22	Reporté los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente
23	Desarrollé actividades de docencia de servicio en la revista médica y otro espacio dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio, para el desarrollo y formación del recurso humano en salud, si aplicaba
24	Instruí a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de mi especialidad
25	Informé al supervisor del contrato las novedades que afectaron el cumplimiento de mis obligaciones
26	Facilité las labores de supervisión que la SUBRED, realice en forma directa por la Subdirección de Servicios de Salud, la Oficina de Calidad y/o a través de terceros
27	Cumplí oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Garantía de Calidad
28	Acredité 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 mi favor
29	Apoyé en la parte técnica las actividades de supervisión de los contratos cuando estas sean asignadas
30	Cumplí con las actividades establecidas en el respectivo contrato, cumpliendo con las directrices establecidas por la institución.
31	Cumplí las demás actividades asignadas por la supervisión del contrato
32	Realice valoracion, revaloracion y clasificacion TRIAGE del paciente en el servicio de urgencias
33	**Realice mis actividades contractuales en el HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN CON 186 HORAS**

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**1068058850**	**OPERADOR:**	**PAGO SIMPLE**

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SALUD TOTAL**	**13/11/2024**	**$ 455.000**
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**	**13/11/2024**	**$ 582.400**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**13/11/2024**	**$ 88.700**
OTRO	**NA**	**NA**	**$ -**
	TOTAL PAGADO		**$ 1.126.100**

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 seeop 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

MARIA ALEJANDRA ROMERO FRAGOZO
CC: 1032505914
CEL: 3014950414

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 SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-078** **VERSIÓN: 2**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**MARIA ALEJANDRA ROMERO FRAGOZO**
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**1.032.505.914**

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2899 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**21/01/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 13.119.324,00				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 80.620.362,00		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 6.559.662
N° PAGO / N° DE INFORME:	12	**N° CRP INICIAL:**	14126	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	317
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	11 MESES, 10 DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1068058850		**OPERADOR:**	PAGO SIMPLE	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION TECNICA DE URGENCIAS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	4EG HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	0	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRORROGA):**				ADICION (7)	PRORROGA (6)
VALOR ADICIONADO	$ 9.522.090	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1030	**RP DE LA ADICIÓN:**	22342	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 7.617.672	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1270	**RP DE LA ADICIÓN:**	25281	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 5.501.652	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1619	**RP DE LA ADICIÓN:**	29288	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 6.559.662	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2200	**RP DE LA ADICIÓN:**	32559	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 20.948.598	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2598	**RP DE LA ADICIÓN:**	36684	**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES (3) MESES
VALOR ADICIONADO	$ 1.904.418	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3763	**RP DE LA ADICIÓN:**	44942	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 15.446.946	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3753	**RP DE LA ADICIÓN:**	46958	**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:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
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	X	
Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	ACTO ADMINISTRATIVO DE			

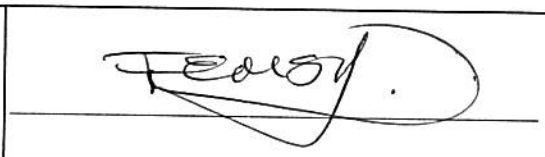
IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

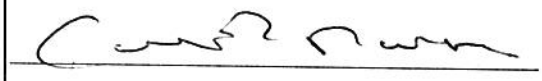
ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	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 **01/10/2024 AL 31/10/2024**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:



NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO
CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05



NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: CARLOS ALBERTO MARIN
PERFIL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO EMERGENCIOLOGO

	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:	MARIA ALEJANDRA ROMERO FRAGOZO	CC:	1032505914
		RUT (NIT):	1032505914
CORREO ELECTRÓNICO:	marfragozo99@gmail.com	TELÉFONO:	3014950414
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CR 57 BIS 57B 63 APTO 501	CIUDAD:	BOGOTA

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

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:	DAVIVIENDA				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008800712401

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

N° DEL CONTRATO:	PS 2899 2024	N° CDP:	3753	N°. RP:	46958	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 11 MESES 10 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/08/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		30/12/2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $80.620.362
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 09/11/2024 AL 30/11/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	SEIS MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS SESENTA Y DOS					
	$ 6.559.662					

MARIA ALEJANDRA ROMERO FRAGOZO
C.C.1032505914
CEL.3014950414

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2024-11-13, 09:00:37 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1068058850

Periodo Cotización 202410 **Periodo Servicio** 202410

Cliente:

PAGADA 2024-11-13 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARIA ALEJANDRA ROMERO FRAGOZO				
Documento	CC 1032505914	**Dirección**	CR 57BIS #57 B - 63		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3014950414		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1032505914		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					ROMERO FRAGOZO MARIA ALEJANDRA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																				Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud							Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Apor ICB
								0	30	30	30	0										$ 3.639.554	25-14		16 %	$ 3.639.554	$ 582.400	$ 0	$ 0	EPS002		12,5 %	$ 3.639.554	$ 455.000	$ 0	14-23	3	2,436 %	$ 3.639.554	$ 88.700	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	SALUD TOTAL EPS	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 582.400	$ 0	$ 0	$ 455.000	$ 88.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.126.100

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPL