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

DEISY VIVIANA LEON BALLARES

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			52.914.652		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) 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 2383 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**21/01/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 8.243.840**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	**DOS (02) MESES**		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 47.258.696**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 4.656.216**
Nº DE INFORME:	**11**	**Nº CRP:**	**14299**	**Nº CDP:**	**280**
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	**11 MESES Y 10 DIAS**				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	**ISC HOSPITAL SANTA CLARA**				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**NATHALY DUQUE SALAZAR - ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	**7**	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**7**	**PRORROGAS**	**6**	
VALOR ADICIONADO	**$ 2.760.064**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**945**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**22089**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**(1) UN MES**
VALOR ADICIONADO	**$ 5.933.440**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**1269**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**24603**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**(1) UN MES**
VALOR ADICIONADO	**$ 6.445.184**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**1614**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**28318**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**(1) UN MES Y (10) DIEZ DIAS**
VALOR ADICIONADO	**$ 5.058.720**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**2202**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**33451**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**(1) UN MES**
VALOR ADICIONADO	**$ 15.176.160**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**2614**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**37107**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**(3) TRES MESES**
VALOR ADICIONADO	**$ 961.020**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**2786**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**39312**	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	**$ 2.680.268**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**3756**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**46338**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**DOS (02) 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:**	

III. POLIZAS (SI APLICA)

Nº DE PÓLIZA:	**N/A**	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	**N/A**
FECHA DE LA PÓLIZA	**DD/MM/AAAA**	**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 específicas realizadas durante el mes)
1	Se recibio y entrego turno de acuerdo a lo acordado con el Supervisor y de conformidad al objeto misional de la entidad, se realizaron: 228 Horas para el mes de NOVIEMBRE 2024
2	Se realiza el plan de cuidado diario de enfermería de acuerdo al diagnóstico y necesidades Identificadas.
3	Se Apoyo la supervisión de las actividades del personal auxiliar de enfermería y camilleros, observando que se realicen los procedimientos y revisando registros de enfermería.
4	Se administraron los medicamentos oportunamente y verificar el cuidado directo a los pacientes de acuerdo a los protocolos y guías establecidas del servicio utilizando técnicas de asepsia y antisepsia y normas de bioseguridad, e informar al médico tratante y coordinadores la no existencia de medicamentos para realizar reajuste de tratamiento.
5	Se Apoyo la supervisión de las actividades del personal auxiliar de enfermería y camilleros, observando que se realicen los procedimientos y revisando registros de enfermería.
6	Se Realizo la actualización del kardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo con las normas establecidas en forma escrita y cada vez que se requiera el cambio del tratamiento del paciente.
7	Se Controlaron los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio.
8	Se Realizan las devoluciones de V al servicio de farmacia de los medicamentos e insumos por paciente antes del egreso y diariamente cuando asi lo amerite.
9	Participe en forma activa en la revista médica diaria dando sus aportes según sea el caso.
10	Se Realiza la asignación de paciente a cada auxiliar de acuerdo al número de pacientes, complejidad y de acuerdo a las necesidades del servicio.
11	Responder por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos entregados en el servicio.
12	Se Realiza la asignación oportuna de camas y registro oportuno en el aplicativo Dinámica Gerencial, para los pacientes que los requieran, realizando los traslados necesarios para tal fin de forma oportuna, colaborando con el giro de cama.
13	Tramitar de forma oportuna exámenes de laboratorio, radiología, exámenes especiales y remisiones que requieran los pacientes a cargo.
14	Se da cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999 y al manual de manejo de historia clínica de la Subred.
15	Doy cumplimiento con lo establecido en las normas y protocolos de la institución en cuanto a el uso del uniforme y elementos de protección dentro de las áreas asignadas.

16	Se Realiza cumplimiento según protocolo carro paro, secuencia y verificación candados de seguridad, registros oportunos según formatos establecidos teniendo en cuenta el registro de temperatura y descarga. Desfibrilador en el servicio asignado.
17	Se Porto el carnet institucional de la Subred durante la ejecución de actividades contractuales.
19	Se hace verificacion y supervisión de protocolo limpieza y desinfección con el personal a cargo y su respectivo registro.
20	Se cumplen las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio, acorde a las guias y protocolos institucionales en el proceso de atención de enfermeria.
21	Se ejecutan los procedimientos y cuidados a los pacientes que requieren manejo en el programa de clinica de heridas.
22	Se Supervisan las actividades del personal auxiliar de enfermeria mediante supervisión directa e indirecta, observando realización de procedimientos y revisando registros de enfermeria.
23	Se realizar la programación de las actividades del servicio tanto para la atención de los pacientes hospitalizados como de las agendas en pacientes ambulatorios.
24	Apoyo continuamente las actividades relacionadas con el proceso de acreditación y habilitación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E
25	cuando se requiere se Coordinar el apoyo técnico multidisciplinario con otras áreas y/o servicios cuando la atención del paciente de consulta externa y hospitalización así lo amerite.
26	Participo en la elaboración de protocolos, manuales y guias del servicio cuando se necesita.
28	Se apoya de en gestión y operación de: BAI, SIVIGILA, IAAS, EEVV, Patologias y Eventos de Alto Costo, seguimiento y monitoreo de Cohortes según grupos de riesgo priorizados en el marco del MAITE.
29	cuando se Requiera se realiza el diligenciamiento de los RIPS, de conformidad a la normatividad vigente y requerimientos institucionales.
30	se Realiza la búsqueda activa de usuarios en el servicio de Hospitalización y Ambulatorio con criterio de ingreso al programa que lidera.
31	Se Realiza los registros en DHG historia clinica de Enfermeria.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	7945160637	**OPERADOR:**	SOI

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	SANITAS	14/11/2024	$	202.200
PENSIÓN:	PROTECCION	14/11/2024	$	258.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	14/11/2024	$	39.500
OTRO	COMPENSAR	14/11/2024	$	32.400
	TOTAL PAGADO			$ 532.900

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 período correspondiente

Viviana leon

DEISY VIVIANA LEON BALLARES
C.C: 52914652
CEL: 3508999053

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 SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION**	**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

DEISY VIVIANA LEON BALLARES

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 52.914.652

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) 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 2383 2024**			**FECHA INICIO CONTRATO**	**21/01/2024**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 44.578.428			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4.656.216
N° PAGO / N° DE INFORME:	11	**N° CRP INICIAL:**	14299	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	280
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	11 MESES Y 10 DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	7945160637			**OPERADOR:**	SOI
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	ENFERMERIA				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	1SC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	NATALY DUQUE SALAZAR				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N° 7	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICION 7	PRORROGA 6
VALOR ADICIONADO	$ 2.760.064	**CDP DE LA**	945	**RP DE LA**	22089	**TIEMPO**	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 5.933.440	**CDP DE LA**	1269	**RP DE LA**	24603	**TIEMPO**	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 6.445.184	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1614	**RP DE LA ADICIÓN:**	28318	**TIEMPO PRORROGADO:**	(1) UN MES Y (10) DIEZ DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5.058.720	**CDP DE LA**	2202	**RP DE LA**	33451	**TIEMPO**	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 15.176.160	**CDP DE LA**	2614	**RP DE LA**	37107	**TIEMPO**	(3) TRES MESES
VALOR ADICIONADO	$ 961.020	**CDP DE LA**	2786	**RP DE LA**	39312	**TIEMPO**	
VALOR ADICIONADO	$ 2.680.268	**CDP DE LA**	3756	**RP DE LA**	46338	**TIEMPO**	(2) dos 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)

N° 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 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:	**NATHALY DUQUE SALAZAR** **Enfermero Codigo 243 Grado 20 - Referente Enfermeria** **MARCELA TRIVIÑO CORTES** **Enlace Operativo - Direccion Hospitalarios - Enfermeria**

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
FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30/11/2024)

NOMBRES Y APELLIDOS:	**DEISY VIVIANA LEON BALLARES**	**CC:**	52914652
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	VIVIANALEON2020@GMAIL.COM	**TELÉFONO:**	3508999053
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 105C 67 26	**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 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.

Régimen 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 DE BOGOTA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**102664604**
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					

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

N° DEL CONTRATO:	PS 2383 2024	**N° CDP:**	3756	**N°. RP:**	46338	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 11 MESES Y 10 DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**21/01/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/12/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 44578428**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/11/2024 AL 30/11/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 4.656.216					
	CUATRO MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS DIECISEIS 00/100 PESOS M/CTE					

Vivianaleon

DEISY VIVIANA LEON BALLARES
52914652
3508999053

Banco de Bogotá

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN	CEDULA DE CIUDADANIA	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	52174652
NOMBRE O RAZON SOCIAL			DEISY VIVIANA LEON BALLARES
CIUDAD MUNICIPIO	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCION	CRA 105 C # 67 29	TELEFONO	4349344
TIPO APORTANTE	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA	Otros trabajos de edición
FORMA DE PRESENTACION	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA		7945160637	TIPO DE PLANILLA		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACION OTROS	MES octubre AÑO	2024	PERIODO COTIZACION SALUD	MES octubre AÑO	2024
DIAS DE MORA		0			
FECHA PAGO (aaaa-mm-dd)		2024-11-14	NUMERO AUTORIZACIÓN		1348157342

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACION	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACION	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	VALOR PAGADO
230201	230201-PROTECCION	1	$ 258.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 258.800	$ 0	$ 258.800
SUBTOTALES:										**$ 258.800**	**$ 0**	**$ 258.800**

TOTAL APORTES A SALUD

CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NUMERO AUTORIZACION	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NUMERO AUTORIZACION	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACION COTIZACION	LIQUIDACION VALOR ADRES	MORA COTIZACION	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 202.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 202.200	$ 0	$ 0	$ 202.200
SUBTOTALES:													**$ 202.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 202.200**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IBP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACION COTIZACION	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 39.500	$ 39.500	$ 0	$ 0	$ 39.500
SUBTOTALES:									**$ 39.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 39.500**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 32.400	$ 0	$ 32.400
SUBTOTALES:			**$ 32.400**	**$ 0**	**$ 32.400**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

N	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC [illegible]	[illegible]	[illegible]		$ 2.374.000			NO																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN / SALUD

ADMIN (PENSIÓN)	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN (SALUD)	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
230201-PROTECCION	30	$ 1.617.500	$ 258.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 258.800	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.617.500	$ 202.200	$ 0	$ 202.200

ARP / PARAFISCALES

ADMIN (ARP)	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	1.617.500	$ 5291465[illegible]	$ 39.500	30	1.617.500	CCF24-COMPENSAR	$ 32.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL **$ 532.900**