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

JULIAN ANDRES CRUZ PEÑA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.023.921.783				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE BACHILLER COMO CAMILLERO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVI				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2031 2024		**FECHA INICIO CONTRATO**		21/01/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.492.096	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	DOS (02) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 19.425.484		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 1.850.880
Nº DE INFORME:	12	**Nº CRP:**	16202	**Nº CDP:**	280
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	11 MESES Y 10 DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2L V HOSPITAL LA VICTORIA				
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	$ 1.543.051	**CDP DE LA ADICIÓN:**	945	**CRP DE LA ADICIÓN:**	21800	**TIEMPO PRORROGADO:**	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.694.413	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1269	**CRP DE LA ADICIÓN:**	24433	**TIEMPO PRORROGADO:**	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.673.636	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1614	**CRP DE LA ADICIÓN:**	28040	**TIEMPO PRORROGADO:**	(1) UN MES Y (10) DIEZ DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 1.273.092	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2202	**CRP DE LA ADICIÓN:**	33182	**TIEMPO PRORROGADO:**	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 5.238.144	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2614	**CRP DE LA ADICIÓN:**	37554	**TIEMPO PRORROGADO:**	(3) TRES MESES
VALOR ADICIONADO	$ 311.220	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2786	**CRP DE LA ADICIÓN:**	39746	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 3.199.832	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3756	**CRP DE LA ADICIÓN:**	46084	**TIEMPO PRORROGADO:**	(2) DOS 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:**		**PRORROGA**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**PRORROGA**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**PRORROGA**	

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 especificas realizadas durante el mes)**
1	Entregar lo pendiente del turno al compañero que recibe, se realizaron: 192 Horas para el mes de Diciembre 2024
2	Se garantizo el traslado de los pacientes entre las diferentes areas de manera oprtuna, segura, humanizado y grantizando la seguridad del paciente
3	Se realizo el traslado del 100% de las muestras garantizando las normas de calidad y seguridad
4	Se realizo el traslado del 100% de las muestras garantizando el uso adecuado de los elementos de bioseguriad
5	Se realizo la gestion de facturacion del 100% de las ordenes de servicio de los pacientes que requirieron apoyo diagnostico
6	Se realizo el traslado del 100% de los equipos e insumos de manera segura
7	Se garantizo la custodia de los equipos asignados para el cumplimiento de las activiades programadas en el mes
8	Se realizo el proceso de limpieza y desinfecion de los equipos asignados para el cumplimiento de las actividades programadas en el mes
9	Se cumplieron las actividades asignadas de manera responsable y trabajo en equipo
10	Se cumplio el manejo de la historia clinica de acuerdo a lo establecido en la normatividad
11	Se participo en las reuniones y capacitaciones programadas para el mes
12	Las actividades programadas se desarrollaron garantizando la confidencilidad de la informacion
13	Se realizaron los reportes de sucesos de seguridad durante el desarrollo de las actividades programadas
14	Se garantizo una comunicacion efectiva y oportuna con el equipo de trabajo
15	El 100% de los cadaveres se trasladaron de acuerdo al protocolo de Manejo digno del Fallecido
16	Se garantizo el traslado del 100% de los pacientes a las diferentes areas a nivel institucional de manera oportuna y segura

17	Se realizo la gestion administrativo del 100% de las ordenes de servicio de los pacientes que requirieron apoyo diagnostico
18	Las actividades programadas se realizaron de acuerdo a los protocolos institucionales
19	Se garantizo la atencion del paciente con calidad, calidez y humanizacion a los pacientes asignados en el mes
20	Se cumplieron las actividades desde mi competencias en la atencion de los pacientes con codigo rojo, azul teniendo encuenta directricez institucionales
21	Se realizaron los registro de las activiades de la Hoja de ruta del camillero
22	Se ejecutaron las actividades programadas para el de de acuerdo a las competencias
23	Se realizo el uso adecuado del uniforme durante la programacion de actividades para el mes
24	se cumplio con el diligenciamiento y entrega oportuna hoja de ruta.
25	se apoyaron las actividades cuando se activa el plan de contingencia en diferentes servicios (Medicamentos, dispositivos e insumos).
26	se Porto el uniforme teniendo en cuenta las normas de higiene y bioseguridad de la Subred
27	se cumplio con Portar el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades .

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	7949185286	**OPERADOR:**	SOI	
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	
SALUD:	**COMPENSAR**	09/12/2024	$	162.500
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**	09/12/2024	$	208.000
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	09/12/2024	$	31.700
OTRO	**CCF**	09/12/2024		
TOTAL PAGADO			$ 402.200	

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

Julian Cruz.

JULIAN ANDRES CRUZ PEÑA
C.C: 1023921783
CEL: 3213174218

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

JULIAN ANDRES CRUZ PEÑA

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1.023.921.783

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE BACHILLER COMO CAMILLERO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE						
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 2031 2024		**FECHA INICIO CONTRATO**		21/01/2024	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 19.425.484			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$	1.850.880
N° PAGO / N° DE INFORME:	12		**N° CRP INICIAL:**	16202	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**		280
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	11 MESES Y 10 DIAS						
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		7949185286		**OPERADOR:**	SOI		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	ENFERMERIA						
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2L V HOSPITAL LA VICTORIA						
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	$ 1.543.051	**CDP DE LA ADICIÓN:**	945	**RP DE LA ADICIÓN:**	21800	**TIEMPO PRORROGADO:**	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.694.413	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1269	**RP DE LA ADICIÓN:**	24433	**TIEMPO PRORROGADO:**	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.673.636	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1614	**RP DE LA ADICIÓN:**	28040	**TIEMPO PRORROGADO:**	(1) UN MES Y (10) DIEZ DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 1.273.092	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2202	**RP DE LA ADICIÓN:**	33182	**TIEMPO PRORROGADO:**	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 5.238.144	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2614	**RP DE LA ADICIÓN:**	37554	**TIEMPO PRORROGADO:**	(3) TRES MESES
VALOR ADICIONADO	$ 311.220	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2786	**RP DE LA ADICIÓN:**	39746	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 3.199.832	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3756	**RP DE LA ADICIÓN:**	46084	**TIEMPO PRORROGADO:**	(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:**	
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.

	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 (01/12/2024) AL (31/12/2024)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**NATHALY DUQUE SALAZAR** **Enfermero Código 243 Grado 20 - Referente Enfermería** **WENDY CORDOBA MOLANO** **Enlace Operativo - Direccion Hospitalarios - Enfermería**

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: (31/12/2024)

NOMBRES Y APELLIDOS:	JULIAN ANDRES CRUZ PEÑA	**CC:**	1023921783
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	JULIANANDRESC@HOTMAIL.COM	**TELÉFONO:**	3213174218
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 47 SUR 7A 18 ESTE	**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:	**DAVIVIENDA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**8480341703**
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 2031 2024	**N°. CDP:**		**N°. RP:**	**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: 19425484**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/12/2024 AL 31/12/2024				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	**$**				**1.850.880**
	UN MILLON OCHOCIENTOS CINCUENTA MIL OCHOCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE				

Julian Cruz.

JULIAN ANDRES CRUZ PEÑA

1023921783

3213174218

PS2031

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI Pagos de Seguridad Social — DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1023921783
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			JULIAN ANDRES CRUZ PENA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CLL 46 SUR N 15 40 ESTE	TELÉFONO:	1111111
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		7949185286	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	noviembre AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES noviembre	AÑO 2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/12/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1108119868

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA 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

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO 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
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500
SUBTOTALES:													$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NUMERO 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 COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 31.700	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 31.700
SUBTOTALES:									$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 31.700

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	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 1023921783	CRUZ PEÑA JULIAN ANDRES	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD / ARP

Nº	SALUD ADMIN	SALUD DÍAS COT	SALUD IBC	SALUD COTIZACIÓN	SALUD VALOR ADRES	SALUD TOTAL APORTE	ARP ADMIN	ARP DÍAS COT	ARP IBC	ARP CENTRO DE TRABAJO	ARP TOTAL APORTE
1	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000	102392178	$ 31.700

PARAFISCALES

Nº	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 402.200

Planilla Pagada