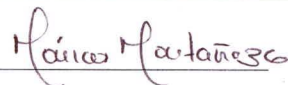
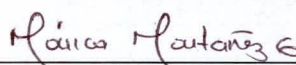
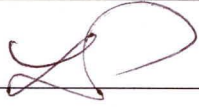
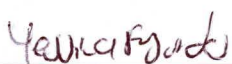


	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y				
MONICA ANDREA MONTAÑEZ GOMEZ				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.057.577.775	
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5197 2024		FECHA INICIO CONTRATO
24/10/2024				
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$	6.970.808	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	13.767.346	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.659.674
Nº DE INFORME:	4	Nº CRP:	44723	Nº CDP:
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		DOS (2) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA - DIRECTOR ENCARGADO		
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES				
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	2	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	2
PRORROGAS	2			
VALOR ADICIONADO	\$ 1.568.432	CDP DE LA ADICIÓN:	4053	CRP DE LA ADICIÓN:
49704	TIEMPO PRORROGADO:	NUEVE (9) DIAS		
VALOR ADICIONADO	\$ 5.228.106	CDP DE LA ADICIÓN:	4120	CRP DE LA ADICIÓN:
TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES			
III. POLIZAS				
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI	NO	X
Nº DE PÓLIZA:	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			
FECHA DE LA PÓLIZA	FECHA DE APROBACIÓN:			
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)				
ITEM				
1	SE REALIZA SEGUIMIENTO Y VERIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LOS PRODUCTOS DEL INFORME MENSUAL (PLAN DE ACCIÓN Y SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN), ACORDE AL CONVENIO ESTABLECIDO PARA EL CONVENIO MÁS BIENESTAR. SEGUIMIENTO EN LA EJECUCIÓN DE LOS PRODUCTOS ACORDE AL PLAN PROGRAMÁTICO PRESUPUESTAL, VS TALENTO HUMANO DEL MODELO MÁS BIENESTAR. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS, PROYECCIÓN DE TALENTO HUMANO DEL MODELO, SEGUIMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTO A LOS EQUIPOS OPERATIVOS DE LOS DIFERENTES PRODUCTOS, SEGUIMIENTO A INDICADORES, ASISTIR A REUNIONES CONVOCADAS DESDE LA SDS. GESTIÓN DE INSUMOS.			
2	VERIFICAR CRONOGRAMAS DEL TALENTO HUMANO, CON EL CORRESPONDIENTE AJUSTE DE SUS ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES, ASÍ COMO CONTRASTAR CON LAS ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES. CONSOLIDACIÓN DE CRONOGRAMAS.			
3	SEGUIMIENTO SEMANAL Y ACTUALIZACIÓN DE TABLERO DE CONTROL DE PRODUCTIVIDAD Y PRECRÍTICA A LOS PRODUCTOS PRESENTADOS POR EL TALENTO HUMANO ASIGNADO			
4	PARTICIPACIÓN ACTIVA Y RESPUESTA OPORTUNA A LAS CONTINGENCIAS PRESENTADAS DESDE LA SDS CON LA POBLACIÓN VULNERABLE			
5	DIRECCIONAMIENTO TÉCNICO AL EQUIPO DE PROFESIONALES ASIGNADOS EN EL ACCIONAR ACORDE A LOS LINEAMIENTOS DE LAS ACCIONES A DESARROLLAR EN EL MODELO; DE LA MISMA FORMA REALIZAR APROPIACIÓN DE MANUALES OPERATIVOS Y FICHAS TÉCNICAS PARA LA OPERACIÓN DEL MODELO.			
6	REALIZAR SEGUIMIENTO, VALIDACIÓN DE CALIDAD Y DEPURACIÓN DE BASES DE DATOS Y HERRAMIENTAS QUE PERMITAN LA GENERACIÓN DE INFORMACIÓN Y RESULTADOS DE LA OPERACIÓN DEL MODELO; REALIZAR INFORMES Y ANÁLISIS MENSUALES CON LOS DATOS GENERADOS DESDE LAS BASES DE DATOS QUE PERMITEN APORTAR A LA TOMA DE DECISIONES ANÁLISIS DE LOS INDICADORES Y RESULTADOS DEL MODELO.			
7	REALIZAR PRECRÍTICA A LAS FICHAS DE NOTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO A LA OPORTUNIDAD EN EL EVIO DE LAS NOTIFICACIONES GENERADAS POR LOS EQUIPOS OPERATIVOS. ENVÍO OPORTUNO DEL PROCESO DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA A LOS DIFERENTES SUBSISTEMAS.			
8	PARTICIPACIÓN EN LOS DIFERENTES ESPACIOS CONVOCADOS DESDE EL NIVEL CENTRAL PARA FORTALECIMIENTO Y LÍNEA TÉCNICA QUE APORTEN AL DESARROLLO DE LA OPERACIÓN DEL MODELO.			
9	REALIZAR GESTIÓN DOCUMENTAL A LOS SOPORTES DE LOS PRODUCTOS CORRESPONDIENTES AL PROCESO Y ESTA LLEVARLA A CABO ACORDE A LA NORMATIVIDAD			
10	REALIZAR SEGUIMIENTO, VALIDACIÓN DE CALIDAD Y DEPURACIÓN DE BASES DE DATOS Y HERRAMIENTAS QUE PERMITAN LA GENERACIÓN DE INFORMACIÓN Y RESULTADOS DE LA OPERACIÓN DEL MODELO; REALIZAR INFORMES Y ANÁLISIS MENSUALES, CONSOLIDAR LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDAD DE CADA UNO DE LOS PRODUCTOS DESARROLLADOS POR LOS EQUIPOS OPERATIVOS.			
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	82190545-82647988		OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	COMPENSAR	2/12/2024-13/12/2024	\$ 261.500	
PENSIÓN:	COLFONDOS	2/12/2024-13/12/2024	\$ 334.600	
RIESGOS LABORALES:	SURA	2/12/2024-13/12/2024	\$ 51.000	
OTRO				
TOTAL PAGADO			\$ 647.100	
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 íbe se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pension, rut) 3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo scocp 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				
				
MONICA ANDREA MONTAÑEZ GOMEZ NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA CC: 1.057.577.775 CEL: 3012369358				

		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:		MONICA ANDREA MONTAÑEZ GOMEZ		CC:	1.057.577.775
CORREO ELECTRÓNICO:		monicamontañezag@gmail.com		RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:		CL 57R SUR 73I 35		TELÉFONO:	3012369358
				CIUDAD:	BOGOTÁ
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.					
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:		BANCOLOMBIA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					
				N° CUENTA:	40200027185
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
N° DEL CONTRATO:	P5 5197 2024	N° CDP:	4120	N° RP:	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: DOS (2) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS					
FECHA DE INICIO CONTRATO	24/10/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	9/01/2025		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES : \$ 13.767.346					
PERIODO OBJETO DE COBRO:					
10/12/2024 AL 31/12/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)					
\$ 3.659.674					
TRES MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE					
<div>  </div>					
NOMBRE: MONICA ANDREA MONTAÑEZ GOMEZ CC 1.057.577.775 CEL 3012369358					

	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						
NOMBRE DEL CONTRATISTA			MONICA ANDREA MONTAÑEZ GOMEZ			
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.057.577.775			
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS						
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5197 2024		FECHA INICIO CONTRATO		24/10/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$		6.970.808			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$		13.767.346		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.659.674
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	4		Nº CRP INICIAL:	44723	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	3662
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS					
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	82190545-82647988		OPERADOR:	MI PLANILLA		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	CONVENIO MAS BIENESTAR - DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD					
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA - DIRECTOR ENCARGADO					
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES						
Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº (2)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):		ADICION (2)		PRORROGA (2)
VALOR ADICIONADO	\$ 1.568.432	CDP DE LA ADICION:	4053	RP DE LA ADICION:	49704	TIEMPO PRORROGADO: NUEVE (9) DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 5.228.106	CDP DE LA ADICION:	4120	RP DE LA ADICION:		TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
III. PÓLIZAS (SI APLICA)						
¿PACTÓ PÓLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO		X	
Nº DE PÓLIZA:			NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			
FECHA DE LA PÓLIZA			ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:			
IV. VERIFICACIÓN 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 10/12/2024 AL 31/12/2024						
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:						
			NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA CARGO: DIRECTOR ENCARGADO			
						
			NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: YESSICA PAOLA FAJARDO MERCHAN PERFIL: PROFESIONAL APOYO			

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	105757775	MONICA ANDREA MONTAÑEZ GOMEZ		CL 57 R SUR 73 I 35	3012369	devabellaine@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D. C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
82190545	02/12/2024				EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2024-11	2024-11	N	13/12/2024	82647988	TOTAL A PAGAR
					\$3.600

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	1.500	0		0		0	0	0	0	1.500	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	1.800	0	0	0	0	0	0		1.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	300				300	0	0	300			3	300	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	1.500	1.500
Pensión	1	1.800	1.800
Riesgos Laborales	1	300	300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	3.600	3.600

5197

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALIS Y SALUD
CC	1057577775	MONICA ANDREA MONTAÑEZ GOMEZ	CL 17 R SUR 73135	3012389	devasbelaine@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				EMPLEADOS UPC
					1 0
					TOTAL A PAGAR
2024-11	2024-11	1	02/12/2024	82190545	\$643.500

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	260.000	0		0		0	0	0	0	260.000	1

TOTALES PENSIÓN													
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados	
231001	Cifuentes	890227940-6	332.800	0	0	0	0	0	0		332.800	1	

TOTALES RIESGOS LABORALES													
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad
				No. Autorización	Valor								
14-11	ARL SURA	890903790-5	50.700				50.700	0	0	50.700		507	50.700

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	260.000	260.000
Pensión	1	332.800	332.800
Riesgos Laborales	1	50.700	50.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	643.500	643.500

