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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | | | | | |
| CAROLINA ROJAS SUAREZ | | | | | | | |
| **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | | | | | 52.163.433 | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II (AMBULANCIA) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. | | | | | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | PS 1988 2025 | | **FECHA INICIO CONTRATO** | 02/01/2025 | | | |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 10.684.800 | **PLAZO INICIAL DEL CONTRATO** | 3 MESES Y 28 DÍAS | | | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 10.684.800 | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 2.303.910 | | | |
| **N° DE INFORME:** | N°01 | **N° CRP:** | 6557 | **N° CDP:** | 1 | | |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | 3 MESES Y 28 DÍAS | | | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | 3BL HOSPITAL SAN BLAS | | | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05 | | | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:** | 0 | **TIPO DE MODIFICACIÓN** | **ADICIÓNES** | **0** | **PRORROGAS** | | **0** |
| **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:** | NA | **NOMBRE DE LA ASEGURADORA:** | | | NA |
| **FECHA DE LA PÓLIZA** | NA | **FECHA DE APROBACIÓN:** | | | NA |

| 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 | 1. cumplir y hacer cumplir las guias, procedimientos y demas documentos que apoyan el proceso de referencia y contra referencia en la subred integrada de servicios de salud centro oriente (sissco) e.s.e |
| 2 | 2. recibir en la plataforma del software sirc las solicitudes de, las diferentes hospitales y centros de salud de la subred centro oriente |
| 3 | 3. entrega de turno con registros como estrategia para fortalecer la transicion segura de las ordenes de servicios radicadas e informadas o sus pendientes (libro radicador) aplicativo sirc y/o plataforma excel |
| 4 | 4. facilitar y direccionar el traslado de pacientes entre unidades hospitalarias e instituciones distritales o nacionales que componen la red prestadora de servicios de salud, de acuerdo a las condiciones clinicas y administrativas de cada usuario |
| 5 | 5. articular las solicitudes de las unidades que componen la sissco y otras ips externas de manera eficaz, eficiente, oportuna y coordinada |
| 6 | 6. realizar seguimiento a las solicitudes de traslados, referencias e interconsultas o apoyo diagnostico o terapeutico de indole hospitalario |
| 7 | 7. solicitar los documentos necesarios para los traslado o remision segura |
| 8 | 8. facilitar de acuerdo a las listas de chequeo establecidas la articulacion con los diferentes actores de la subred integrada de servicios de salud centro oriente e.s.e. de acuerdo a los niveles de atencion y grados de complejidad, buscando racionalizar los recursos para hacer eficientes los servicios. |
| 9 | 9. direccionar la ambulancia con la tipologia requerida (tab-tam) por via telefonica o por frecuencia de radio en caso de contingencia usar telefono institucional, comunicando sobre el servicio requerido, unidad de origen hora lugar de la cita y registrar todas las horas correspondientes al traslado. |

| | |
|---|---|
| 10 | 10. priorizar los despachos de urgencias vitales de acuerdo al cuadro clinico o diagnostico. como criterio especial de traslado no requiere aceptacion en la unidad destino. |
| 11 | 11. conocer el portafolio de servicios y cumplir la politica de seguridad del paciente, reportar evento adverso e incidentes datos que serviran para formula acciones de mejoramiento o planes de mejoramiento |
| 12 | 12. revisar el correo institucional las veces que sea necesario con el objetivo de encontrar informacion autorizaciones, provenientes de los diferentes actores que participan en el sgsss |
| 13 | 13. utilizar el telefono institucional para tramites dentro de la sissco, propender por el adecuado uso y tener cargado el equipo todo el tiempo. contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato |
| 14 | 14. comentar los pacientes en tramite de remision de las diversas ips, erp y entes de control a nivel nacional con el lider de gobierno clinico o quien determine la especialidad solicitada para posible aceptacion o negacion. la respuesta generada por el equipo asistencial debe quedar en registrada en el aplicativo sirc |
| 15 | 15. las bitacoras de los pacientes comentados a la sissco, deben ser culminadas en el aplicativo sirc en menos de 24 horas. |
| 16 | 16. realizar la notificacion del inicio y culminacion de actividades a la persona encargada del proceso de referencia por los medios de comunicacion establecidos por la entidad |
| 17 | 17. recibir y entregar las novedades del subproceso asignado de acuerdo a lo acordado con el supervisor y de conformidad al objeto misional de la entidad |
| 18 | 18. conocer y cumplir la politica de seguridad del paciente reportar evento adverso e incidentes datos que serviran para formula acciones de mejoramiento o planes de mejoramiento. |
| 19 | 19. utilizar el telefono institucional para tramite dentro de la sissco, propender por el adecuado uso y tener cargado el equipo todo el tiempo |
| 20 | 20. conocer y cumplir con las recomendaciones que la arl y/o area de seguridad y salud en el trabajo recomienden con ocasion a la realizacion de su actividad contractual que lo clasifique como riesgo 4 o 5. contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. |
| 21 | 21. asistir y participar en las capacitaciones, socializaciones, espacios tecnico-cientificos que se programen desde la entidad |
| 22 | 22. utilizar un vestuario acorde a sus actividades contractuales, ya sea, uniforme o un vestuario orientado a su actividad y desempeño |
| 23 | 23. cumplir con las actividades descritas en el manual de referencia de la sissco |
| 24 | 24.las demas actividades afines al cargo que sean delegadas por elsupervisor del contrato |

**V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | **516664242143** | **OPERADOR:** | **SOI** |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | FAMISANAR | 16/01/2025 | $ 163.200 |
| PENSIÓN: | COLPENSIONES | 16/01/2025 | $ 208.800 |
| RIESGOS LABORALES: | BOLIVAR | 16/01/2025 | $ 31.900 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 403.900 |

**VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA**

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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

Carolina Rojas Suárez

**CAROLINA ROJAS SUAREZ**
**CC: 52163433**
**CEL: 3228849458**

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: (31/01/2025)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | CAROLINA ROJAS SUAREZ | **CC:** | 52 63433 |
| | | **RUT (NIT):** | 52163433-4 |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | karenrojas24@hotmail.es | **TELÉFONO:** | 3228849458 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | CLL 111 BIS #72C-08 | **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:** | **OTRO** | | | | |
| **NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)** | **DAVIVIENDA** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **001800208876** |

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

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DEL CONTRATO:** | **PS 1988 2025** | **N° CDP:** | **1** | **N°. RP:** | 6553 | **PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 3 MESES Y 28 DÍAS** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **02/01/2025** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | **30/04/2025** | | **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 10.684.800** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | DEL 02/01/2025 AL 31/01/2025 | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)** | **$** | | | | | **2.303.910** |
| | **DOS MILLONES TRESCIENTOS MIL NOVECIENTOS DIEZ PESOS** | | | | | |

Carolina Rojas Suárez

**CAROLINA ROJAS SUAREZ**
**C.C 52163433**
**cel: 3228849458**

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-078**<br>**VERSIÓN: 2**<br>**FECHA: 2024-09-16** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | | | |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | **CAROLINA ROJAS SUAREZ** | | | | |
| **NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | **52.163.433** | | | | |
| **I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | | | | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | **PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II (AMBULANCIA) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** | | | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 1988 2025** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **02/01/2025** | | |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | **$** | | **10.684.800** | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | **$ 10.684.800** | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | **2.303.910** | | |
| **N° PAGO / N° DE INFORME:** | **N°01** | **N° CRP INICIAL:** | **6557** | **N° CDP INICIAL DEL CONTRATO** | **1** |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | **3 MESES Y 28 DÍAS** | | | | |
| **N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:** | **516664242143** | **OPERADOR:** | **SOI** | | |
| **PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:** | **URGENCIAS** | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | **3BL HOSPITAL SAN BLAS** | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | **FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05** | | | | |

| **II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES** | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DE MODIFICACIÓN:** | **N° ( 0 )** | **TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):** | | | | **ADICION (0)** | **PRORROGA(0)** |
| **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** | **N/A** | **NO** | **N/A** | |
| **N° DE PÓLIZA:** | **N/A** | **NOMBRE DE LA ASEGURADORA:** | | **N/A** | |
| **FECHA DE LA PÓLIZA** | **N/A** | **ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:** | | **N/A** | |

**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 ( 02/01/2025) AL (31/01/2025)

| | |
|---|---|
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:** | FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO<br>DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05<br><br>Johon Jairo Rodriguez A<br>C.C. 3.087.070<br>Enfermero Epidemiólogo<br>JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE<br>PROFESIONAL UNIVERSITARIO |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 52163433 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | CAROLINA ROJAS SUAREZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CALLE 72B N 112A 60 | TELÉFONO: | 4580949 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otros trabajos de edición. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | 5166642143 | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | diciembre | AÑO 2024 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | diciembre | AÑO 2024 |
| DÍAS DE MORA: | | | 6 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2025/01/16 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | 0461666428 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 208.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 800 | $ 0 | $ 208.000 | $ 800 | $ 208.800 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 208.000 | $ 800 | $ 208.800 |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS017 | EPS017-FAMISANAR | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 162.500 | $ 0 | $ 700 | $ 0 | $ 162.500 | $ 700 | $ 0 | $ 163.200 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 162.500 | $ 700 | $ 0 | $ 163.200 |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-7 | 14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 31.700 | $ 31.700 | $ 200 | $ 0 | $ 31.900 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | $ 31.700 | $ 200 | $ 0 | $ 31.900 |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | | | | | ARP | | | | | | | CCF | | SENA | | ICBF | | ESAP, MINEDU | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 52163433 | ROJAS SUAREZ CAROLINA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.300.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.300.000 | $ 208.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 208.000 | EPS017-FAMISANAR | 30 | $ 1.300.000 | $ 162.500 | $ 0 | $ 162.500 | 14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A. | 30 | $ 1.300.000 | $ 52163433 | $ 31.700 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 403,900 |
|---|---|