| | | |
|---|---|---|
| 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 VERSIÓN: 2**<br>**FECHA: 2024-09-16** |

22 K

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | | | | | |
| **ANDERSSON RINCON RINCON** | | | | | | | |
| **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | | | | **1.033.771.749** | | | |
| **I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | | | | | | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS BACHILLER COMO CONDUCTOR DE AMBULANCIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 7120405-2024 "APH" | | | | | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | | **PS 5733 2024** | | **FECHA INICIO CONTRATO** | | **9/12/2024** | |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | **$** | **2.309.988** | **PLAZO INICIAL DEL CONTRATO** | **TREINTA Y UN (31) DIAS** | | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | **$** | **4.365.180** | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | | **$** | **2.046.178** |
| **Nº DE INFORME:** | **2** | | **Nº CRP:** | **50919** | **Nº CDP:** | | **4122** |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | **UN (1) MES Y VEINTICUATRO (24)DIAS** | | | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | | **3BL HOSPITAL SAN BLAS** | | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | | **FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05** | | | | | |
| **II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES** | | | | | | | |
| **Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:** | **1** | **TIPO DE MODIFICACIÓN** | **ADICIÓNES** | **1** | **PRORROGAS** | | **1** |
| **VALOR ADICIONADO** | **$ 2.055.192** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | **36** | **CRP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | **VEINTITRES (23) DIAS** |
| **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** |
| **Nº 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<br>(Deben ser coherentes con las obligaciones especificas del contrato realizadas durante el mes) |
|---|---|
| 1 | Estuve presente en el momento de entregar y recibir turno registrando las novedades correspondientes. |
| 2 | Preste los servicios como apoyo administrativo logistico (conductores) para la Unidad Funcional de Atención Prehospitalaria, en el marco de estándares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud vigente. |
| 3 | Realice los desplazamientos derivados de valoraciones y/o traslados ordenados por el médico regulador del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE |
| 4 | Mantuve la ambulancia en las condiciones de aseo, funcionamiento, presentación y conservación óptimas para el traslado y/o valoración de pacientes |
| 5 | Cumpli con el procedimiento de atención prehospitalaria, registrando todo tipo de novedad o necesidades administrativas y/o asistenciales para garantizar la operatividad de la unidad móvil, verificar y salvaguardar cada uno de los equipos biomédicos asignados a las unidades móviles del Programa de Atención Prehospitalaria, además cumpli con el porte de los elementos de identificación institucional. |
| 6 | Porte de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carnet que lo acredita como colaborador de la Subred Centro Oriente E.S.E. |
| 7 | Cumpli lo contemplado en el manual de bioseguridad |
| 8 | Vele por la oportunidad, la pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolutiva en la atención Pre Hospitalaria |
| 9 | Reporté sucesos de seguridad |
| 10 | Adopte los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades |
| 11 | Trate dignamente y humanizadamente tanto al cliente interno como externo |
| 12 | Cumpli con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades |
| 13 | Respondí oportunamente a los despachos y/o llamados generados desde el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE |

| | |
|---|---|
| 14 | Aplique las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional |
| 15 | Asistí a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución |
| 16 | Reporte todos los desplazamientos realizados en la ambulancia "Fallidos 5-20, Valoraciones y Traslados" al Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE |
| 17 | Respondí y asistí a las citaciones derivadas de los requerimientos del SDQS, Novedades administrativas y Asistenciales generadas por el Centro regulador de Urgencias y Emergencias en Salud CRUE |
| 18 | Registre adecuada y oportunamente al personal encargado los mantenimientos y posibles fallas que presento el vehiculo |
| 19 | Verifique pre operacional del vehículo, herramienta, documentación y accesorios de seguridad vial |
| 20 | Asisti a las capacitaciones de seguridad vial de la Subred Centro Oriente |
| 21 | Realice las actividades requeridas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato y la ejecución del convenio 6677277 2024 "APH" dentro de la autonomía e independencia para el desarrollo del contrato. |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | 9479358336 | **OPERADOR:** | **APORTES EN LINEA** |
| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
| **SALUD:** | **SANITAS** | **17/01/2025** | **$ 162.900** |
| **PENSIÓN:** | **COLFONDOS** | **17/01/2025** | **$ 208.400** |
| **RIESGOS LABORALES:** | | | |
| **OTRO** | | | |
| | **TOTAL PAGADO** | | **$ 371.300** |

**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

ANDERSON RINCON

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:** ANDERSSON RINCON RINCON

**C.C:** 1.033.771.749
**CEL:** 3127050341

| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Centro Oriente E.S.E | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-014**<br>**VERSIÓN: 6** |

| **DATOS DEL CONTRATISTA** | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/01/2025)** | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **ANDERSSON RINCON RINCON** | **CC:** | **1.033.771.749** |
| | | **RUT (NIT):** | 1033771749-1 |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | anderssonr79@gmail.com | **TELEFONO:** | 3127050341 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | CL 69 22 10 SUR | **CIUDAD:** | BOGOTA DC |
| **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 titulo 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** | **Nº CUENTA:** | **055048842113114 2** |

| **NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 5733 2024** | **Nº CDP:** | **36** | **Nº. RP:** | | **PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : UN (1) MES Y VEINTICUATRO (24)DIAS** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **9/12/2024** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | **31/01/2025** | | **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 4.365.180** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | DEL 01/01/2025 AL 31/01/2025 | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)** | **$ 2.046.178**<br>**DOS MILLONES CUARENTA Y SEIS MIL CIENTO SETENTA Y OCHO PESOS M/CTE** | | | | | |

ANDERSON RINCON

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA** ANDERSSON RINCON RINCON

**C.C 1033771749**

**CEL: 3127050341**

| | | |
|---|---|---|
| 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** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | | | |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | | | **ANDERSSON RINCON RINCON** | | |
| **NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | | | **1.033.771.749** | | |
| **I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | | | | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS BACHILLER COMO CONDUCTOR DE AMBULANCIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.. CONVENIO 7120405-2024 "APH" | | | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 5733 2024** | | **FECHA INICIO CONTRATO** | **9/12/2024** | |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | **$** | | | | 2.309.988 |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | **$** | 4.365.180 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | **$** | 2.046.178 |
| **Nº PAGO / Nº DE INFORME:** | 2 | **Nº CRP INICIAL:** 50919 | **Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO** | | 4122 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | UN (1) MES Y VEINTICUATRO (24)DIAS | | | | |
| **Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:** | 9479358336 | **OPERADOR:** | APORTES EN LINEA | | |
| **PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:** | DIRECCIÓN DE URGENCIAS - CONVENIO 7120405 -2024 "APH" | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | 3BL HOSPITAL SAN BLAS | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05 | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES** | | | | | | | |
| **Nº DE MODIFICACION:** | 1 | **TIPO DE MODIFICACION (ADICIÓN – PRORROGA):** | | | | ADICION ( 1 ) | PRORROGA ( 1 ) |
| **VALOR ADICIONADO** | **$** 2.055.192 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 36 | **RP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | VEINTITRES (23) DIAS |
| **VALOR ADICIONADO** | **$** - | **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** | | **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 ( 01/01/2025) AL (31/01/2025)

| | |
|---|---|
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:** | **NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:**<br>**FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO**<br>**CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05** |
| | **NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:**<br>**CLAUDIA PATRICIA MILANÉS ÁLVAREZ**<br>**PERFIL: LÍDER PROGRAMA APH** |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1033771749 | | RINCON RINCON ANDERSSON | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | calle69#22-10sur | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 7172457 | No |

**DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION**

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-12 | 2024-12 | 1200374777 | 9479358336 | I | 2025/01/14 | 2025/01/17 | NEQUI | 3 | $371,300 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| 1 | CC | 1033771749 | RINCON ANDERSSON | 231001 | 30 | $1,300,000 | $208,000 | EPS005 | 30 | $1,300,000 | $162,500 | | 0 | $0 | $0 | | 0 | $0 | $0 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $208,000 | $400 | $0 | $208,400 |
| COLFONDOS | 231001 | 800,227,940 | 6 | 1 | $208,000 | $400 | $0 | $208,400 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $162,500 | $400 | $0 | $162,900 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $162,500 | $400 | $0 | $162,900 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$370,500** | **$800** | **$0** | **$371,300** |



2025/01/16 08:00 PM

TIGO 4:15 64 %

para mí




## ¡Hola, Andersson!

Gracias por utilizar los servicios de NEQUI y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: **Aprobada**
CUS: 1200374777
Empresa: APORTES EN LINEA
Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9479358336
Valor de la Transacción: $ 371.300
Fecha de Transacción: 16/01/2025

### Ten en cuenta estos tips de seguridad

- Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.
- Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.
- Procura cambiar tus contraseñas bancarias frencuentemente.

pse

ACH Colombia Oficial @ACHColombia

ACHColombiaOficial ACH Colombia Oficial

Responder

| | | |
|---|---|---|
| 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 | | | | | | |
| ARMANDO BELTRAN | | | | | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: | | | 79.360.833 | | | |
| I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS BACHILLER COMO CONDUCTOR DE AMBULANCIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E., CONVENIO 7120405-2024"APH" | | | | | |
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 5734 2024 | | FECHA INICIO CONTRATO | | 9/12/2024 | |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | $ 2.309.988 | PLAZO INICIAL DEL CONTRATO | TREINTA Y UN (31) DIAS | | | |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | $ 4.365.180 | | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | | $ 2.163.360 | |
| Nº DE INFORME: | 2 | Nº CRP: | 50920 | Nº CDP: | 4122 | |
| PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS | UN (1) MES Y VEINTICUATRO (24)DIAS | | | | | |
| UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | 3BI. HOSPITAL SAN BLAS | | | | | |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05 | | | | | |
| II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES | | | | | | |
| Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO: | 1 | TIPO DE MODIFICACIÓN | ADICIÓNES | 1 | PRORROGAS | 1 |
| VALOR ADICIONADO | $ 2.055.192 | CDP DE LA ADICIÓN: | 36 | CRP DE LA ADICIÓN: | TIEMPO PRORROGADO: | VEINTITRES (23) DIAS |
| 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 | | |
| Nº 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<br>(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes) |
|---|---|
| 1 | Estuve presente en el momento de entregar y recibir turno registrando las novedades correspondientes |
| 2 | Preste los servicios como apoyo administrativo logístico (conductores) para la Unidad Funcional de Atención Prehospitalaria, en el marco de estándares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud vigente |
| 3 | Realice los desplazamientos derivados de valoraciones y/o traslados ordenados por el médico regulador del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE |
| 4 | Mantuve la ambulancia en las condiciones de aseo, funcionamiento, presentación y conservación óptimas para el traslado y/o valoración de pacientes |
| 5 | Cumplí con el procedimiento de atención prehospitalaria, registrando todo tipo de novedad o necesidades administrativas y/o asistenciales para garantizar la operatividad de la unidad móvil, verificar y salvaguardar cada uno de los equipos biomédicos asignados a las unidades móviles del Programa de Atención Prehospitalaria, además cumplí con el porte de los elementos de identificación institucional. |
| 6 | Porte de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carnet que lo acredita como colaborador de la Subred Centro Oriente E.S.E. |
| 7 | Cumplí lo contemplado en el manual de bioseguridad |
| 8 | Vele por la oportunidad, la pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolutiva en la atención Pre Hospitalaria |
| 9 | Reporté sucesos de seguridad |
| 10 | Adopte los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades |
| 11 | Trate dignamente y humanizadamente tanto al cliente interno coma externo |
| 12 | Cumplí con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades |
| 13 | Respondí oportunamente a los despachos y/o llamadas generados desde el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE |
| 14 | Aplique las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional |
| 15 | Asistí a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución |
| 16 | Reporte todos los desplazamientos realizados en la ambulancia "Fallidos 5-20, Valoraciones y Traslados" al Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE |
| 17 | Respondí y asistí a las citaciones derivadas de los requerimientos del SDQS, Novedades administrativas y Asistenciales generadas por el Centro regulador de Urgencias y Emergencias en Salud CRUE |
| 18 | Registre adecuada y oportunamente al personal encargado los mantenimientos y posibles fallas que presento el vehículo |
| 19 | Verifique pre operacional del vehículo, herramienta, documentación y accesorios de seguridad vial |
| 20 | Durante el periodo certificado no se realizaron capacitaciones de seguridad vial |
| 21 | Tramite mensualmente dentro de los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente los formatos de "formato informe y cuenta de cobro", "certificado de pago de aportes sociales" para el pago de sus respectivos honorarios |
| 22 | Realice las actividades requeridas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato y la ejecución del convenio 7120405 - 2024 "APH" dentro de la autonomía e independencia para el desarrollo del contrato. |

| V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL | | | | |
|---|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | 82905249 | OPERADOR: | MIPLANILLA | |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO | |
| SALUD: | COMPENSAR | 17/01/2025 | $ | 163.300 |
| PENSIÓN: | COLFONDOS | 17/01/2025 | $ | 209.000 |
| RIESGOS LABORALES: | | | | |
| OTRO | | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 372.300 | |

| VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA |
|---|
| 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.<br>2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calcula sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior paga 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 afiliacion a eps, arl, pension, rut)<br>3- Que adjunto evidencia de cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .<br>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 |

ARMANDO BELTRAN
C.C: 79360833
Cel: 3144447573

| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E<br>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN<br>FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN | CÓDIGO: AP-IA-FT-014<br>VERSIÓN: 6<br>FECHA: 2024-09-16 |
|---|---|---|

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/01/2025**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | ARMANDO BELTRAN | **CC:** | 79360833 |
| | | **RUT (NIT):** | 79360833-1 |
| ***CORREO ELECTRÓNICO:*** | a.nlz6303@gmail.com | ***TELÉFONO:*** | 3144447573 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | CL 61 D SUR 17 B 54 | **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:** | 008400734854 |

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

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DEL CONTRATO:** | PS 5734 2024 | **N° CDP:** | 36 | **N°. RP:** | | **PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : UN (1) MES Y VEINTICUATRO (24)DIAS** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | 9/12/2024 | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | 31/01/2025 | | **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 4365180** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 01/01/2025 AL 31/01/2025** | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)** | $ 2.163.360 | | | | | |
| | **DOS MILLONES CIENTO SESENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS SESENTA PESOS M/CTE** | | | | | |

**ARMANDO BELTRAN**
**C.C: 79360833**
**Cel: 3144447573**

| | | |
|---|---|---|
| Secretaría Distrital de Salud<br>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** | | **ARMANDO BELTRAN** | | | |
| **NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | | **79.360.833** | | | |
| **I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | | | | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | **PRESTAR SERVICIOS BACHILLER COMO CONDUCTOR DE AMBULANCIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E., CONVENIO 7120405-2024"APH"** | | | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 5734 2024** | **FECHA INICIO CONTRATO** | | **9/12/2024** | |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | **$** | | | **2.389.988** | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | **$ 4.365.180** | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | **$** | **2.163.360** | |
| **N° PAGO / N° DE INFORME:** | **(2 de 2)** | **N° CRP INICIAL:** | **50920** | **N° CDP INICIAL DEL CONTRATO** | **4122** |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | **UN (1) MES Y VEINTICUATRO (24)DIAS** | | | | |
| **N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:** | **82905249** | **OPERADOR:** | **MIPLANILLA** | | |
| **PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:** | **DIRECCIÓN DE URGENCIAS - CONVENIO 7120405-2024 "APH"** | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | **3BL HOSPITAL SAN BLAS** | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | **FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05** | | | | |

***II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES***

| **N° DE MODIFICACIÓN:** | 1 | **TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):** | | | | ADICION ( 1 ) | PRORROGA ( 1 ) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **VALOR ADICIONADO** | $ 2.055.192 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 36 | **RP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | VEINTITRES (23) DIAS |
| **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** |
|---|---|---|---|---|
| **N° DE PÓLIZA:** | | **NOMBRE DE LA ASEGURADORA:** | | |
| **FECHA DE LA PÓLIZA** | | **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 (01/01/2025) AL (31/01/2025)

| | |
|---|---|
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:** | **NOMBRE Y FIRMA ~~DEL SUPERVISOR~~:**<br>**FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO**<br>**CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05** |
| | **NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:**<br>**CLAUDIA PATRICIA MILANÉS ÁLVAREZ**<br>**PERFIL: LÍDER PROGRAMA APH** |

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 79360833 | ARMANDO BELTRAN | | Calle 61D SUR 17B 54 | 7930079 | GAM6363@GMAIL.COM | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2024-12 | 2024-12 | I | 17/01/2025 | 82905249 | $372.300 | |

## 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 | 162.500 | 0 | | 0 | | 0 | 7 | 800 | 0 | 163.300 | 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 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 1.000 | 0 | 209.000 | 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 | | | | | | | | | | |

| 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 | 7 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 7 | 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 | 162.500 | 163.300 |
| Pensión | 1 | 208.000 | 209.000 |
| Riesgos Laborales | 0 | 0 | 0 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 2 | 370.500 | 372.300 |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 79360833 | ARMANDO BELTRAN | Calle 61D SUR 17B 54 | 7930079 | GAIA6363@GMAIL.COM | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CODIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I – Independieme | | | BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ, D.C. | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2024-12 | 2024-12 | I | 17/01/2025 | 82905249 | $372.300 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colombiano en el exterior | Transmitido | IGE | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | COBERTURA | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 79360833 | BELTRAN ARMANDO | 3 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 23100 | 1.300.000 | 235.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS308 | 1.300.000 | 162.500 | | | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información