| | | |
|---|---|---|
| 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** | | | | | |
| **MARIA ALEJANDRA ROMERO FRAGOZO** | | | | | |
| **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | | | **1.032.505.914** | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION SERVICIO URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E | | | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 2042 2025** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **02/01/2025** | | |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | **$ 38.088.360** | **PLAZO INICIAL DEL CONTRATO** | **TRES MESES (3) Y VEINTIOCHO DIAS (28)** | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | **$ 38.088.360** | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | **$ 6.136.458** | | |
| **N° DE INFORME:** | **3** | **N° CRP:** | **6605** | **N° CDP:** | **1** |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | **3 MESES Y 28 DIAS** | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | **4EG HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN** | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | **FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO**<br>**DIRECTOR TÉCNICO CODIGO 009 GRADO 05** | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DE MODIFICACIÓNES 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:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **CRP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |

**III. POLIZAS (SI APLICA)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **N° DE PÓLIZA:** | **N/A** | **NOMBRE DE LA ASEGURADORA:** | **N/A** |
| **FECHA DE LA PÓLIZA** | **N/A** | **FECHA DE APROBACIÓN:** | **N/A** |

| 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 actividades específicas realizadas durante el mes) |
|---|---|
| 1 | Realizar las actividades, procedimientos diagnosticos y terapeuticos determinados dentro del plan de manejo de su especialidad, de una manera oportuna y pertinente. |
| 2 | Brindar una atencion en salud buscando los mejores estandares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atencion personalizada y humanizada |
| 3 | Prestar sus servicios asistenciales respetando la autonomia institucional de la subred, su vision, mision, estructura organica reglamentos administrativos, tecnicos, cientificos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales. |
| 4 | Realizar las actividades segun las necesidades de la subred dando cobertura en todas las unidades en donde se oferta el servicio y sea requerido |
| 5 | Informar al paciente y su familia sobre la condicion clinica, plan de manejo, atencion y recomendaciones de egreso, conocer el grado de satisfaccion sobre los servicios prestados y resolver inquietudes relacionadas con el proceso de atencion. |
| 6 | Llevar registro de las actividades, procedimientos e intervenciones, asi como mantener actualizados los informes estadisticos definidos por la institucion y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación |
| 7 | Respetar los derechos del paciente, cumplir el codigo de etica medica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se preste la atencion. |
| 8 | Realizar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participacion e impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados |
| 9 | Emitir conceptos medicos que se le requieran, realizar resumenes de historia clinica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados. |
| 10 | Diligenciar en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema, los formatos) de las historias clinicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demas registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoria y demas directrices relacionadas con el manejo de historias clinicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con firma y sello |
| 11 | Garantizar la debida reserva de la informacion del paciente y de los registros clinicos. |
| 12 | Garantizar la integridad y adecuado funcionamiento de los equipos, elementos e instalaciones, asi como la utilizacion racional de los recursos que la subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposicion o reparacion cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulacion de los mismos |

| | |
|---|---|
| 13 | Reportar al area de recursos fisicos – activos fijos de la subred, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades asistenciales. |
| 14 | Participar activamente en el desarrollo, implementacion y cumplimiento de las politicas institucionales, sistema integrado de gestion, acreditacion, seguridad del paciente y demas actividades enmarcadas dentro del sistema obligatorio de garantia de la calidad |
| 15 | Participar en las diferentes actividades del servicio, jornadas de capacitacion, induccion, reuniones, comites y eventos a los cuales sea convocado. |
| 16 | Participar en la elaboracion, actualizacion, implementacion y adherencia de guias, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio |
| 17 | Apoyar a la entidad en las actividades que demande segun requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. |
| 18 | Participar en la elaboracion de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atencion que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio. |
| 19 | Prestar el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando asi que se genere glosa definitiva o procesos de conciliacion por parte de eps-s-eapb |
| 20 | Notificar los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso de atencion. |
| 21 | Realizar consulta, valoracion, revaloracion y clasificacion triage del paciente en el servicio de urgencias. Y participar en los analisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio |
| 22 | Reportar los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. |
| 23 | desarrollar actividades de docencia de servicio en la revista medica u otro espacio dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio, para el desarrollo y formacion del recurso humano en salud, si aplica. |
| 24 | Instruir a la comunidad sobre la prevencion de las enfermedades propias de su especialidad. |
| 25 | Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones. |
| 26 | Facilitar las labores de supervision que la subred, realice en forma directa por la subdireccion de servicios de salud, la oficina de calidad y/o a traves de terceros |
| 27 | Cumplir oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demas solicitudes de la supervision y de la oficina de garantia de calidad. |
| 28 | Acreditar el cumplimiento del pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal durante la vigencia del contrato, requisito indispensable para generar cada pago a su favor |
| 29 | Apoyar en la parte tecnica las actividades de supervision de los contratos cuando estas sean asignadas |
| 30 | Cumplir con las actividades establecidas en el respectivo contrato, cumpliendo con las directrices establecidas por la institucion; en los casos de novedades informar con anticipacion para el cubrimiento de sus actividades. |
| 31 | Las demas asignadas por la supervision del contrato. 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. |
| 32 | Asistir y participar en las capacitaciones, socializaciones, espacios tecnico-cientificos que se programen desde la entidad. |
| 33 | Enviar el porcentaje de ocupacion diariamente en cada entrega de actividades |
| 34 | Gestionar la liberacion de camillas en los servicios de urgencias tanto de aph como de traslados secundarios |

## V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | **1071029346** | **OPERADOR:** | **PAGO SIMPLE** |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | SALUD TOTAL | 10/03/2025 | $ 296.300 |
| PENSION: | COLPENSIONES | 10/03/2025 | $ 379.200 |
| RIESGOS LABORALES: | POSITIVA | 10/03/2025 | $ 57.800 |
| OTRO | N/A | | $ 0 |
| | TOTAL PAGADO | | $ 733.300 |

## 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)

Se adjuntan los soportes de las actividades adelantadas en el periodo. Correo Electronico Institucional



**MARIA ALEJANDRA ROMERO FRAGOZO**

**C.C 1.032.505.914**

**CEL: 3014950414**

| | | |
|---|---|---|
| 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 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: 31/03/2025**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **MARIA ALEJANDRA ROMERO FRAGOZO** | **C.C** | **1.032.505.914** |
| | | **RUT(NIT):** | **1.032.505.914** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | marfragozo99@gmail.com | **TELÉFONO:** | **3014950414** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **CARRERA 57BIS #57B-63** | **CIUDAD:** | **BOGOTÁ D.C.** |

**Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2025.**

| | |
|---|---|
| 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 0** | **NO X** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **OTRO** | | | | |
| **NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRA EN LA LISTA DESPLEGABLE)** | **DAVIVIENDA** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **008800712401** |

**NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ULTIMA ADICION (PERIODO OBJETO DE PAGO)**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DEL CONTRATO:** | **PS 2042 2025** | **N° CDP:** | **1** | **N°. RP:** | **6605** | **PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :**<br>**3 MESES Y 28 DIAS** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **02/01/2025** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | **30/04/2025** | | **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:**<br>**$ 38.088.360** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 01/03/2025 AL 31/03/2025** | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)** | **SEIS MILLONES CIENTO TREINTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y OCHO** | | | | | |
| | **$ 6.136.458** | | | | | |

**MARIA ALEJANDRA ROMERO FRAGOZO**
**C.C 1.032.505.914**
**CEL: 3014950414**

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

| CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA | MARIA ALEJANDRA ROMERO FRAGOZO | | | | |
| NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: | 1.032.505.914 | | | | |
| **I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION SERVICIO URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E | | | | |
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 2042 2025 | | FECHA INICIO CONTRATO | | 02/01/2025 |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | $ 38.088.360 | | | | |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | $ 38.088.360 | | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | | $ 6.136.458 |
| N° PAGO / N° DE INFORME: | 3 | N° CRP INICIAL: | 6605 | N° CDP INICIAL DEL CONTRATO | 1 |
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS | 3 MESES Y 28 DIAS | | | | |
| N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL: | 1071029346 | | OPERADOR: | | PAGO SIMPLE |
| PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES: | DIRECCION TECNICA DE URGENCIAS | | | | |
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | 4EG HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN | | | | |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO<br>DIRECTOR TÉCNICO CODIGO 009 GRADO 05 | | | | |

| II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N° DE MODIFICACIÓN: | 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: | |
| 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: | 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 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 **( 01/03/2025 AL 31/03/2025)**

**FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:**

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:
FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO
CARGO:
DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
CARLOS ALBERTO MARIN
PERFIL:
PROFESIONAL ESPECIALIZADO EMERGENCIOLOGO

# PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

**Fecha creación reporte** 2025-03-10, 07:11:30 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1071029346

**Periodo Cotización** 202502 **Periodo Servicio** 202502

**Cliente:**

## PAGADA 2025-03-10 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | MARIA ALEJANDRA ROMERO FRAGOZO | | | | |
| **Documento** | CC 1032505914 | **Dirección** | CR 57BIS #57 B - 63 | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3014950414 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. | | |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | | | |

### II. DATOS DEL AFILIADO

| **Documento** | CC 1032505914 | | **Residente** | | **Exonerado** | N | **Apellidos y Nombres** | **Código Ciudad - Departamento** | **Centro de Trabajo** | **Ubicación Laboral** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 59 | 00 | | | | | ROMERO FRAGOZO MARIA ALEJANDRA | 11001000 - 11 | | BOGOTA D.C. |

### III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Extranjero | Tipo salario | Salario | Pensión | | | | | | | Salud | | | | | | Riesgos | | | | | Caja | | | | Parafiscales | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | ICE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | | | | Código AFP | Código Tras. AFP | Tarifa AFP | IBC | Total Aporte AFP | Total Aporte FSP | Total Aporte FSPS | Código EPS | Código Tras. EPS | Tarifa EPS | IBC EPS | Aporte Salud | Aporte UPC | Código ARL | Clase Riesgo | Tarifa ARL | IBC ARL | Aporte Riesgos | Código CCF | Tarifa CCF | IBC CCF | Aporte Caja | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Aporte ICBF |
| | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | | | $ 2.369.943 | 25-14 | | 16 % | $ 2.369.943 | $ 379.200 | $ 0 | $ 0 | EPS002 | | 12,5 % | $ 2.369.943 | $ 296.300 | $ 0 | 14-23 | 3 | 2,436 % | $ 2.369.943 | $ 57.800 | NIN-CC | 0 % | $ 0 | $ 0 | 0 % | $ 0 | 0 % | $ 0 |

### IV.TOTALES

| Total Aportes Pension | Total Aportes FSP | Total Aportes FSPS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COLPENSIONES | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | SALUD TOTAL EPS | POSITIVA DE SEGUROS | NINGUNA CCF | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 379.200 | $ 0 | $ 0 | $ 296.300 | $ 57.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 733.300 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!