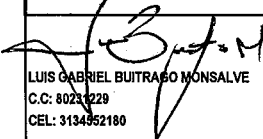


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y LUIS GABRIEL BUITRAGO MONSALVE					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			80.231.229		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO PEDIATRA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 1805 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 81.249.520		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 81.249.520		TRES (03) MESES (29) VEINTINUEVE DIAS	
VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 18.281.142			
N° DE INFORME:		4		N° CRP:	
				6413	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		CINCO (05) MESES (29) VEINTINUEVE DIAS			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		2MI HOSPITAL MATERNO INFANTIL			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA-MEDICO ESPECIALISTA CODIGO 213 GRADO 32			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		0			
VALOR ADICIONADO		31.945.834		TIEMPO PRORROGA DO:	
				DOS (2) MESES	
VALOR ADICIONADO				TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO				TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO				TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO				TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO				TIEMPO PRORROGA DO:	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
N° DE POLIZA:		N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA POLIZA		DD/MM/AAAA		FECHA DE APROBACIÓN:	
				N/A	
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)					
ITEM					
1		Realizo las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo de su especialidad, con un alto nivel científico, ético y humano, de una manera oportuna y pertinente, en correspondencia con las necesidades de los pacientes, y teniendo en cuenta que todas las decisiones clínicas generadas en la atención médica procurarán el mejoramiento de la salud del paciente.			
2		Brindo una atención en salud con oportunidad, integridad, suficiencia y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada, cumpliendo el principio de equidad y con énfasis en actividades, procedimientos, protocolos, intervenciones y guías de atención, de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación.			
3		Realizo las actividades según las necesidades de la subred dando cobertura en todas las Unidades en donde se presta el servicio y sea requerido.			
4		Informo al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, generando un alto grado de satisfacción sobre los servicios prestados, resolviendo inquietudes relacionadas con el proceso de atención.			
5		Diligencio los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones, que permita mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.			
6		Respeto los derechos del paciente, cumplir el código de ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se preste la atención.			
7		Realizo el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación e impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados.			
8		Emito conceptos médicos que se requieran, de conformidad a su especialidad, realizar resúmenes de historia clínica, epícrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados.			
9		Diligencio en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema), los formatos, la historias clínicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoría y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con la firma.			
10		Garantizo la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos.			
11		Utilizo de manera adecuada los equipos, elementos e instalaciones y los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposición o reparación cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulación de los mismos.			
12		Reporto al área de Recursos Físicos – Activos Fijos de la SUBRED, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades asistenciales.			
13		Respondo por la seguridad de los equipos que se encuentren bajo su custodia.			
14		Apoyo la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio.			
15		Presto el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EAPB.			

16	Notifico los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso de atención al paciente y apoyar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.
17	Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.
19	Apoyo las actividades de docencia de servicio en la revista médica u otro espacio dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio, para el desarrollo y formación del recurso humano en salud.
20	Educo a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad.
21	Asisto a las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado.
22	Informo oportunamente al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones
23	Facilito las labores de supervisión, evaluación y control que la SUBRED realice en forma directa por la Subdirección de Servicios de Salud, la Oficina de Calidad y/o a través de terceros.
24	Cumplo oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad.
25	Acredito inscripción en el RETHUS, MIPRES y RUAF
26	Presto el servicio de conformidad con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades.
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL	
Nº. DE PLANILLA	85236925
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD
SALUD:	SANITAS
PENSIÓN:	COLPENSIONES
RIESGOS LABORALES:	SURA
OTRO	
TOTAL PAGADO:	
\$ 2.970.100	
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 IBC 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, pensión, rut) 3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo socop 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	
 LUIS GABRIEL BUITRAGO MONSALVE C.C: 80234229 CEL: 3134952180	



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-1A-FT-014
VERSIÓN: 6
FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/04/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	LUIS GABRIEL BUITRAGO MONSALVE	CC:	80231229
CORREO ELECTRÓNICO:	LUISGABRI80@HOTMAIL.COM	RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 106A 20 75	TELÉFONO:	3134552180
		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 párrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.

Régimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación

SI ()

NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	092510270
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)	DAVIVIENDA				

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

Nº DEL CONTRATO:	PS 1805 2025	Nº CDP:		Nº. RP:		CINCO (05) MESES (29) VEINTINUEVE DIAS
------------------	--------------	---------	--	---------	--	---

FECHA DE INICIO CONTRATO	2/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/06/2025	VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 81249520
--------------------------	-----------	-----------------------------------	------------	--

PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 1/04/2025 AL 30/04/2025
--------------------------	-----------------------------

VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 18.281.142 DIECIOCHO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y UN MIL CIENTO CUARENTA Y DOS PESOS M/CTE
---	---


LUIS GABRIEL BUITRAGO MONSALVE
80231229
3134552180

 <div>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>	<div>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</div>	<div>CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16</div>
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y		
LUIS GABRIEL BUITRAGO MONSALVE		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 80.231.229		
INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO PEDIATRA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.	
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1805 2025	FECHA INICIO CONTRATO 2/01/2025
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 81.249.520	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 18.281.142
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	4 DE 4	Nº CRP INICIAL: 6413 Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO 1
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (05) MESES (29) VEINTINUEVE DIAS	
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	85236925	OPERADOR: MI PLANILLA
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION HOSPITALIZACION	
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2MI HOSPITAL MATERNO INFANTIL	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA-MEDICO ESPECIALISTA CODIGO 213 GRADO 32	
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES		
Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº 1	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):
VALOR ADICIONADO	\$31.945.834	ADICION 1 PRORROGA 0
VALOR ADICIONADO		ADICION 1 PRORROGA 0
VALOR ADICIONADO		ADICION 1 PRORROGA 0
VALOR ADICIONADO		ADICION 1 PRORROGA 0
VALOR ADICIONADO		ADICION 1 PRORROGA 0
VALOR ADICIONADO		ADICION 1 PRORROGA 0
VALOR ADICIONADO		ADICION 1 PRORROGA 0
VALOR ADICIONADO		ADICION 1 PRORROGA 0
VALOR ADICIONADO		ADICION 1 PRORROGA 0
VALOR ADICIONADO		ADICION 1 PRORROGA 0
III. PÓLIZA(S) (SI APLICA)		
Nº DE PÓLIZA:	XX	NOMBRE DE LA ASEGURADORA: XX
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	ACTO ADMINISTRATIVO DE XX
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.		
CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS		
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 (1/04/2025) AL (30/04/2025)		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		
XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA CARGO: MEDICO ESPECIALISTA CODIGO 213 GRADO 32		
YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05		

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :

bf03ed0981337609faa64870fc025ea4b00537dac5610bd7bc586db55fa6b5d1a20ad658478f0edfa435ecc50dba8244

Número de Factura: FV-183

Fecha de Emisión: 09/04/2025

Fecha de Vencimiento: 30/04/2025

Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado

Medio de Pago: Transferencia Débito Bancaria

Orden de pedido:

Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: BUITRAGO MONSALVE LUIS GABRIEL

Nombre Comercial: BUITRAGO MONSALVE LUIS GABRIEL

Nit del Emisor: 80231229

Tipo de Contribuyente: Persona Natural

Régimen Fiscal: O-47

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

Actividad Económica: 8621

País: Colombia

Departamento: Bogotá

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Dirección: CL 106 A 20 75 AP 401 ED PLACE ANTIQUE

Teléfono / Móvil: 3134552180

Correo: luisgabri80@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Tipo de Documento: NIT

Número Documento: 900959051

Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica

Régimen fiscal: O-15

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia

Departamento: Bogotá

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Dirección: DG 34 5 43

Teléfono / Móvil: 3444484

Correo:

radicacionfacturaelectronica@subredcentroorientegov.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	1	Servicios médicos prestados como pediatra en la unidad neonatal IMI	NIU	198,00	\$ 92.329,00	\$	0,00 \$	0,00				\$ 18.281.142,00

Notas Finales

PERIODO FACTURADO DEL 1RO DE ABRIL HASTA EL 30 DE ABRIL DE 2025

Línea de negocio: 80231229_01_PRI_CON_2

Datos Totales



Documento generado el:
09/04/2025 12:09:36
Documento validado por la
DIAN:
09/04/2025 12:09:36
XML Generado por: Solución
Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por:
Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	18281142
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	18281142
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	18281142
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 18281142

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	18.281.142,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	18.281.142,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	18.281.142,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 18.281.142,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764083354111 Rango desde: 160 Rango hasta: 200 Vigencia: 2025-05-13

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80231229	LUIS GABRIEL BUITRAGO MONSALVE	calle 23d N 80 B 82	6017725507	luisgab80@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	I-Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				EMPLADOS UPC
					1 0
					TOTAL A PAGAR
2025-03	2025-03	I	07/04/2025	85236925	\$2.970.100

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD											
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor			
85095	Santas EPS	800251440-6	1.162.500	0		0		0	0	0	0
											Total a Pagar
											No. Afiliados
											1

TOTALES PENSIÓN											
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Subsistencia	Aporte FSP - Solidaridad	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar
											No. Afiliados
2014	Colpensiones	900336004-7	1.488.000	0	0	46.500	46.500	0	0		1.581.000
											1

TOTALES RIESGOS LABORALES											
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal	No. Radicado
				No. Autorización	Valor						Valor Saldo a Favor
	ARL SURA	890903790-5	226.600				226.600	0	0	226.600	Fondo Solidaridad
											Total a Pagar
											No. Afiliados
											1

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	1.162.500	1.162.500
Pensión	1	1.581.000	1.581.000
Riesgos Laborales	1	226.600	226.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2.970.100	2.970.100