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

**WINDY NAYARITH PINTO MARTINEZ**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | 1.002.624.413 | | | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIO TECNICO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE CALIDAD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. | | | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | PS 1253 2025 | | **FECHA INICIO CONTRATO** | | **2/01/2025** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | **$** **6.668.838** | **PLAZO INICIAL DEL CONTRATO** | TRES (3) MESES | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | **$** **13.337.676** | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | | **$ 2.222.946** |
| **N° DE INFORME:** | 4 | **N° CRP:** | 5973 | **N° CDP:** | 3 |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | SEIS (6) MESES | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | 3BL HOSPITAL SAN BLAS | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | SANDRA XIMENA CIFUENTES GARCIA | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:** | 1 | **TIPO DE MODIFICACIÓN** | **ADICIONES** | 1 | **PRORROGAS** | 1 | |
| **VALOR ADICIONADO** | 6.668.838 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 782 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 11815 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 3 (MESES) |
| **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:** | |

| **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 | Se realiza cronograma de las unidades de las bajas complejidades. |
| 2 | Realizar diariamente la búsqueda activa en las revisiones de las unidades de bajas complejidades. |
| 3 | Realizar ronda de seguridad del paciente en las fechas 11 de marzo en los centros de salud diana turbay,centro de salud chircales y el dia 17 de marzo en el centro de salud olaya |
| 4 | Identificar casos sospechosos de IAAS en el hospital santa clara en el servicios |
| 5 | se realiza observaciones de los 5 momentos de las bajas complejidades, altamira,alpes,bello horizonte, libertadores,diana turbay,chircales,antonio nariño, olaya, primera de mayo, cruces, laches,candelaria, samper mendoza,carcel, cer, bravo paez, san jorge |
| 6 | Visitar diariamente el laboratorio clínico de las unidades de baja complejidad. |
| 7 | se realiza tabulacion ,consolidación de las listas de verificacion de los servicios de las bajas complejidades. |
| 8 | realizar verificacion visual de la adherencia de 5 momentos y tecnica de higiene de manos en los servicios de las bajas complejidades. altamira,alpes,bello horizonte, libertadores,diana turbay,chircales,antonio nariño, olaya, primera de mayo, cruces, laches,candelaria, samper mendoza,carcel, cer, bravo paez, san jorge |
| 9 | realizar gestion documental con entrega en magnetico y fisico en carpetas archivadas las listas de chequeo de las unidades de baja complejidad |
| 10 | realizo gestion de informes de las unidades de baja complejidad |
| 11 | se realiza ronda de aislamientos en el hospital santa clara en los dias de disponibilidad |

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | **85127126** | | **OPERADOR:** | **MI PLANILLA** | |
| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** | |
| **SALUD:** | **EPS SALUD TOTAL** | | **9/04/2025** | **$** | **178.700** |
| **PENSIÓN:** | **PORVENIR** | | **9/04/2025** | **$** | **228.700** |
| **RIESGOS LABORALES:** | **ARL SURA** | | **9/04/2025** | **$** | **34.900** |
| **OTRO** | | | | | |
| **TOTAL PAGADO** | | | | **$ 442.300** | |

**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 l 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 qué soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

Windy Pinto

**WINDY NAYARITH PINTO MARTINEZ:**
**CC:1002624413**
**CEL:3224127978**

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

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30/04/2025)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **WINDY NAYARITH PINTO MARTINEZ** | **CC:** | **1.002.624.413** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | SEBASTTAN05@GMAIL.COM | **TELÉFONO:** | **3224127978** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **KRA21B ESTE N°48a-41** | **CIUDAD:** | **SOACHA** |

**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 parágra

| | | |
|---|---|---|
| **Regimen Simple De Tributación** : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación | SI ( ) | NO ( X ) |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCOLOMBIA** | | | | |
| **NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)** | | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **04500003870** |

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

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DEL CONTRATO:** | **PS 1253 2025** | **N° CDP:** | **782** | **N°. RP:** | 11815 | **PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : SEIS(6) MESES** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **2/01/2025** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | **30/06/2025** | | **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 13.337.676** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | DEL 01/04/2025 AL 30/04/2025 | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)** | **$** | | | | | **2.222.946** |
| | **DOS MILLONES DOSCIENTOS VEINTIDOS MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS M/CTE** | | | | | |

Windy Pinto

**WINDY NAYARITH PINTO MARTINEZ**
**C.C 1002624413**
**cel: 3224127978**

| | | |
|---|---|---|
| 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** | **WINDY NAYARITH PINTO MARTINEZ** |
| **NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | **1.002.624.413** |

**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS**

| | |
|---|---|
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIO TECNICO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE CALIDAD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 1253 2025** | | | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2/01/2025** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 6.668.838,00 | | | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 13.337.676,00 | | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 2.222.946,00 |
| **N° PAGO / N° DE INFORME:** | 4 | **N° CRP INICIAL:** | 5973 | **N° CDP INICIAL DEL CONTRATO** | 3 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | SEIS (6) MESES | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:** | ( N°85127126) | **OPERADOR:** | MI PLANILLA |
| **PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:** | OFICINA DE CALIDAD | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | 3BL HOSPITAL SAN BLAS | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | SANDRA XIMENA CIFUENTES GARCIA JEFE DE OFICINA CÓDIGO 006 GRADO 05 | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| **N° DE MODIFICACIÓN:** | N° 1 | **TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA** | | | | ADICION ( 1 ) | PRORROGA (1) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **VALOR ADICIONADO** | $ 6.668.838 | **CDP DE LA** | 782 | **RP DE LA** | 11815 | **TIEMPO** | 3 TRES (MESES) |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA** | | **RP DE LA** | | **TIEMPO** | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA** | | **RP DE LA** | | **TIEMPO** | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **RP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |

**III. POLIZAS (SI APLICA)**

| **¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?** | **SI** | | **NO** | XX |
|---|---|---|---|---|
| **N° DE POLIZA:** | XX | **NOMBRE DE LA ASEGURADORA:** | | XX |
| **FECHA DE LA POLIZA** | DD/MM/AAAA | **ACTO ADMINISTRATIVO DE** | | XX |

**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 01/04/2025) AL (30/04/2025)

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

**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:**
**SANDRA XIMENA CIFUENTES GARCIA**
**CARGO: JEFE DE OFICINA CÓDIGO 006 GRADO 05**

**NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:**
**MARLEY ANDREA AVILA PUENTES**
**PERFIL: REFERENTE DE SEGURIDAD DEL PACIENTE - INFECCIONES**

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 | 1002624413 | WINDY NAYARITH PINTO MARTINEZ | Cra 21b este # 48 - 41 | 3224127978 | sebasttan05@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: 1 / UPC: 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR |
| 2025-03 | 2025-03 | I | 09/04/2025 | 85127126 | $442.300 |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Estudiante | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | 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 | 1002624413 | PINTO MARTINEZ WINDY NAYARITH | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.423.500 | 227.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS002 | 1.423.500 | 178.000 | 14-11 | 1.423.500 | 3 | 34.700 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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 | 1002624413 | WINDY NAYARITH PINTO MARTINEZ | Cra 21b este # 48 - 41 | 3224127978 | sebastian05@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 | |
| 2025-03 | 2025-03 | I | 09/04/2025 | 85127126 | $442.300 | |

## 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 | | | | | |
| EPS002 | Salud Total EPS | 800130907-4 | 178.000 | 0 | | 0 | | 0 | 6 | 700 | 0 | 178.700 | 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 |
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 227.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 900 | 0 | 228.700 | 1 |

| TOTALES RIESGOS LABORALES | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 860903790-5 | 34.700 | | | | 34.700 | 6 | 200 | 34.900 | | | 347 | 34.900 | 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 | 6 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 6 | 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 | 178.000 | 178.700 |
| Pensión | 1 | 227.800 | 228.700 |
| Riesgos Laborales | 1 | 34.700 | 34.900 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 440.500 | 442.300 |

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