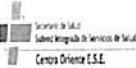
 <div style="text-align: right;"> CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16 </div>						
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN						
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. Y SINDY ANDREA PENAGOS MALAGON						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				1.024.480.252		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIO TECNICO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE HOSPITALIZACION (PROCESO DE ENFERMERIA) DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.			PS 2295 2025	FECHA INICIO CONTRATO		
				01/01/2025		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$	9.794.400	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	CUATRO (4) MESES	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$	13.489.560	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		
Nº DE INFORME:		5	N° CRP:	4693	N° CDP:	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		5 MESES Y 29 DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			2MI HOSPITAL MATERNO INFANTIL			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			NATALY DUQUE SALAZAR - ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES						
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	1	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	1	PRORROGAS	1
VALOR ADICIONADO	\$ 3.695.160	CDP DE LA ADICIÓN:	1265	CRP DE LA ADICIÓN:	15356	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		DOS (2) 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:
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:
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)						
Nº DE PÓLIZA:		N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
FECHA DE LA PÓLIZA		DD/MM/AAAA		FECHA DE APROBACIÓN:		
				N/A		
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)						
1	Se prestó el servicio de conformidad con la asignación de actividades acordadas con el supervisor del contrato. /228 Horas para el mes de Mayo 2025					
2	Se Realizo las actividades propias del cuidado de enfermería cumpliendo los protocolos institucionales previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud. (recibo y entrega de turno, actividades de enfermería y demás actividades que se deriven del proceso de enfermería.					
3	Se Notificaron de inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a sus pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el sistema de reporte.					
4	Informar a la enfermera jefe del servicio y al médico tratante, sobre los cambios del estado clínico de los pacientes en forma oportuna y adecuada.					
5	Revisar la Historia clínica de los pacientes asignados conociendo su evolución diaria, tratamiento, para realizar el plan de cuidado de Enfermería integral del paciente.					
6	Diligenciar 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.					
7	Cumplir las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas Institucionales.					
8	Responder por los inventarios, realizar control, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la infraestructura del servicio y/o área donde se encuentre desarrollando las actividades					
9	Ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada conservando el respeto por la dignidad humana según política institucional de humanización.					
10	Mantener la reserva y confidencialidad de la información clínica y personal de los pacientes, dando cumplimiento a la resolución 1995 y al manual de manejo de historia clínica establecido por la institución.					
11	Realizar asesorías pretest y pruebas rápidas en los diferentes servicios intramurales y extramurales según solicitudes realizadas generando el respectivo registro en la historia clínica, planillas e informes garantizando que se realicen los respectivos informes.					
12	Realizar búsqueda activa de población clave, realizando todo el proceso correspondiente para el diagnóstico.					
13	Se Porto el carnet institucional de la Subred durante la ejecución de actividades contractuales.					
14	Se solicita, Alista, entrega, custodia y retorna limpieza y desinfección del instrumental según el área que corresponda teniendo en cuenta el manual de central de esterilización institucional.					
15	Se cumpla con las actividades propias del servicio y con las asignaciones realizadas por la enfermera coordinadora, lo cual incluye apoyo e instrumentación de procedimientos menores en consultorio, traslado y entrega de muestras de patología.					
16	Se recepciona, la custodia y entrega oportuna de las historias clínicas de contingencia, formatos de consentimiento informado al archivo de gestión documental, realizado el registro en el formato correspondiente.					
17	Apoya actividades relacionadas con el proceso de acreditación y habilitación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E.					
18	Se realizo limpieza recurrente entre semana y fines de semana desinfeccion terminal para mantener limpio y ordenada la unidad del paciente.					
19	Ejecuto los procedimientos y cuidados a los pacientes que requieren manejo en el programa de clinica de heridas.					
20	Velar por el cuidado y aprovechamiento de los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio.					
21	Se realizo la revision diaria del inventario correspondiente al area.					
22	Diligenciar en forma adecuada cada uno de los formatos establecidos y realizar el registro y lectura a diario de termo hidrometria del servicio.					
23	Se realizo el uso adecuado del uniforme durante la programacion de actividades.					
24	Se realizo la participacion en las reuniones y capacitaciones programadas.					

25	Se Realiza cumplimiento según protocolo carro paro, secuencia y verificación candados de seguridad, registros oportunos según formatos establecidos teniendo en cuenta el registro de temperatura y descarga. Desfibrilador en el servicio asignado.			
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	86162629	OPERADOR:	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	COMPENSAR	12/05/2025	\$	178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	12/05/2025	\$	227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	12/05/2025	\$	34.700
OTRO	CCF	12/05/2025	\$	-
TOTAL PAGADO			\$ 440.500	
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA				
1 - Que desarrolle las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro				
2 - Que realice 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				
<div>SINDY ANDREA PEWAGOS</div> <div>SINDY ANDREA PEWAGOS MALAGON</div> <div>C.C: 1024480252</div> <div>CEL: 3142753315</div>				

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16
DATOS DEL CONTRATISTA		
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/05/2025)		
NOMBRES Y APELLIDOS:	SINDY ANDREA PENAGOS MALAGON	CC: 1024480252
CORREO ELECTRÓNICO:	SINDYPENAGOS@OUTLOOK.COM	RUT (NIT):
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 73 57R 15 SUR TO 25 AP 604	TELÉFONO: 3142753315
		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 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 () NO (X)
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO FALABELLA	
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		TIPO DE CUENTA: AHORROS Nº CUENTA: 111150203483
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)		
Nº DEL CONTRATO:	PS 2295 2025	Nº. CDP: 1265 Nº. RP: 15356 PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 5 MESES Y 29 DÍAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	01/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: 30/06/2025 VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 13489560
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 1/05/2025 AL 31/05/2025	
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	S 2.537.640	
DOS MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE		
		
SINDY ANDREA PENAGOS MALAGON 1024480252 3142753315		

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-1A-FT-078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
SINDY ANDREA PENAGOS MALAGON					
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1.024.480.252					
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIO TECNICO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE HOSPITALIZACION (PROCESO DE ENFERMERIA) DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 2295 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
				01/01/2025	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 13.489.560		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
				\$ 2.537.640	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		5		Nº CRP INICIAL:	
				4693	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		5 MESES Y 29 DIAS			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		86162629		OPERADOR:	
				MI PLANILLA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		ENFERMERIA			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		2MI HOSPITAL MATERNO INFANTIL			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		NATALY DUQUE SALAZAR			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:		Nº 1		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):	
				Nº 1	
VALOR ADICIONADO		\$ 3.695.160		CDP DE LA ADICIÓN:	
				1265	
VALOR ADICIONADO				RP DE LA ADICIÓN:	
				15356	
VALOR ADICIONADO				TIEMPO PRORROGADO:	
				DOS (2) MESES	
VALOR ADICIONADO				TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO				TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO				TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO				TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO				TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO				TIEMPO PRORROGADO:	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
Nº DE PÓLIZA:		XX		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
				XX	
FECHA DE LA PÓLIZA		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 cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del 1/05/2025 al 31/05/2025					
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		NATALY DUQUE SALAZAR Enfermera Código 243 Grado 20			
		WENDY CORDOBA MOLANO Enlace Operativo - Direccion Hospitalarios - Enfermeria			

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.					
APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN					
FORMATO INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION					
CÓDIGO: AP-IA-FI-077	FECHA: 2024-09-16				
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. Y SINDY ANDREA PENAGOS MALAGON					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:					
PRESTAR SERVICIO TECNICO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE HOSPITALIZACION (PROCESO DE ENFERMERIA) DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.					
OBJETO DEL CONTRATO:					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.					
PS 2295 2025					
FECHA INICIO CONTRATO					
01/01/2025					
VALOR INICIAL DEL CONTRATO					
\$ 9.794.400					
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO					
CUATRO (4) MESES					
CERTIFICAR:					
S 2.537.640					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO					
INCLUIDO ADICIONES:					
S 13.489.560					
VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:					
No CDP:					
4693					
Plazo total del contrato					
Incluido prorrogas					
Unidad funcional Ejecución de actividades:					
Nombre del supervisor:					
Nataly Duque Salazar - Enfermero CODIGO 243 GRADO 20					
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Tipo de Adiciones					
Adiciones					
Prorrogas					
1					
Valor adiconado					
\$ 3.695.160					
CDP DE LA ADICION					
1265					
CRP DE LA ADICION					
15356					
Tiempo Prorrogado					
DOS (2) MESES					
III. POLIZAS (SI APLICA)					
N/A					
DD/MM/AAAA					
Firma de la aseguradora:					
N/A					
Fecha de aprobación:					
N/A					
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO					
(Deben ser coherentes con las actividades especificadas durante el mes)					
Se prestó el servicio de conformidad con la asignación de actividades acordadas con el supervisor del contrato. 228 Horas para el mes de Mayo 2025					
Se realizaron actividades propias del cuidado de enfermería cumpliendo los protocolos institucionales previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud. (recibio y entrega de turno, actividades de enfermería y demás actividades que se derivan del proceso de enfermería					
Se notificaron de inmediatamente las acciones insurseguras ocurridas a sus pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el sistema de reporte.					
Informar a la enfermera jefe del servicio y al médico tratante, sobre los cambios del estado clínico de los pacientes en forma oportuna y adecuada.					
Revisar la Historia clínica de los pacientes asignados conociendo su evolución diaria, tratamiento, para realizar el plan de cuidado de Enfermería integral del paciente.					
Diligenciar los registros de las atenciones, procedimientos, 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.					
Cumplir las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas institucionales					
Responder por los inventarios, realizar control, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la infraestructura del servicio y/o área donde se encuentre desarrollando las actividades					
Ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada conservando el respeto por la dignidad humana según política institucional de humanización.					
Mantener la reserva y confidencialidad de la información clínica y personal de los pacientes, dando cumplimiento a la resolución 1995 y al manual de manejo de historia clinica establecido por la institución					
Realizar asesorías pretest y pruebas rápidas en los diferentes servicios intramurales y extramurales según solicitudes realizadas generando el respectivo registro en la historia clínica, planillas e informes garantizando que se realicen los respectivos informes.					
Recabar búsqueda activa de población clave, realizando todo el proceso correspondiente para el diagnóstico.					
Se Portó el carnet institucional de la Subred durante la ejecución de actividades contractuales.					
Se solicitó, Alísea, entrega, custodia y retoma limpieza y desinfección del instrumental según el área que corresponda teniendo en cuenta el manual de esterilización institucional.					
Se cumplió con las actividades propias del servicio y con las asignaciones realizadas por la enfermera coordinadora, lo cual incluye apoyo e instrumentación de procedimientos menores en consultorio, traslado y entrega de muestras de patología.					
Se recibió, la custodia y entrega oportuna de las historias clínicas de contingencia, formatos de consentimiento informado al archivo de gestión documental, realizado el registro en el formato correspondiente.					
Apoya actividades relacionadas con el proceso de acreditación y habilitación de la Subred integrada de Servicios de Salud Centro oriente E. S. E.					
Se realizó limpieza recurrente entre semana y fines de semana desinfección terminal para mantener limpio y ordenada la unidad del paciente.					
En los procedimientos y cuidados a los pacientes que requieren manejo en el programa de clínica de heridas.					
Velar por el cuidado y aprovechamiento de los suministros existentes de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio.					
Diligenciar en forma adecuada cada uno de los formatos establecidos y registrar el registro y lectura a diario de termo hidrometría del servicio.					
Se realizó el uso adecuado del uniforme durante la programación de actividades.					
Se realizó la revisión diaria del inventario correspondiente al área.					
Se realizó en forma adecuada cada uno de los formatos establecidos y registrar el registro y lectura a diario de termo hidrometría del servicio.					

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD	
				EMPLEADOS	UPC
				1	0
PERIODO SALUD				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-04	I	12/05/2025	\$440.500	

TOTALES SALUD

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					
EPS003	Compensar EPS	860066942-7	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSIÓN

TOTALES PENSION												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsidistencia	Días Mora Cotización	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224809-8	227 800	0	0	0	0	0	0		227 800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

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	890903790-5	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	1

TO:

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

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, IRE y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	440.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCION	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARA FISCALES Y SALUD
CC	1024462252	SINDY ANDREA PENAGOS MALAGON	CRA 73 # 57 R 15 sur lote 25 apto 604	7791113	sindypenagos@outlook.com	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASIGNADA	FECHA PAGOS ASIGNADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS 1 TOTAL A PAGAR
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				
2025-04	2025-04	I	12/05/2025	86162629	\$440.500

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSION						SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAMÉTRICOS																																													
Tipo Identificación		Apellidos y Nombres				Cobertura		Subtipo		Extemporáneo		Cálculo de pensión		Extemporáneo		BOG		MET		TAE		TOL		TAP		SA		SLN		SOT		VIV		S-1		S-2		S-3		CORRECCIÓN		Cód. AFP		IBC AFP		Cotización o Añadido		Voluntario Aportante		Fondo pensional de solidaridad		Fondo pensional de subsistencia		Cód. EPS		IBC EPS		Cotización/ Valor UPC		Cód. ART		IBC ART		Clase de Riesgo		Cotización CCF		Código CCF		Aporte CCF		IBC otros paramétricos		Aporte SENA		Aporte KBF		Aporte ESAF		Aporte MEN			
CC		1024462252				PENAGOS MALAGON SINDY ANDREA				59		0		N																										202031		1.423.500		227.803		0		0		0		0		EP5008		1.423.500		178.000		14.11		1.423.500		3		34.700		0		0		0		0		0		0		0		0	

PAGADA