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
APOYO – GESTION 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

LADY VIVIANA BARBOSA CHACÓN

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	**1,013,650,529**
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TRABAJADOR SOCIAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1428 2025**			**FECHA INICIO CONTRATO**	**2/1/2025**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 14,838,912**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**		**CUATRO (4) MESES**	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 22,483,200**			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 3,934,560**
Nº DE INFORME:	**CINCO (5)**	**Nº CRP:**	**6089**	**Nº CDP:**	**1**
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	**SEIS (6) MESES**				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	**4EG HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN**				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	**1**	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**1**	**PRORROGAS**	**1**	
VALOR ADICIONADO	**$ 7,644,288**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**1270**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**15646**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**DOS (2) MESES**
VALOR ADICIONADO	**$ 0**	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	**$ 0**	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**X**	
Nº DE PÓLIZA:	**N/A**	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		**N/A**	
FECHA DE LA PÓLIZA	**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 obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)

ITEM	
1	Se orienta al paciente y/o familiar sobre los requerimientos que se establecen desde la EPS e IPS, para el goce efectivo de la prestación de los servicios en salud.firmas en planilla pacientes y/o familiar a quienes se les orientó sobre los derechos y deberes en salud - (36) registros firmados en planilla pacientes y/o familiar a quienes se les orientó sobre los derechos y deberes en salud.
2	Se alimentan bases de datos y matrices donde se consolida toda la información de cada usuario recepcionado por el área de trabajo social para realizar estudios de caso. Así mismo ingreso de información a base de datos acerca de pacientes en abandono social - pacientes en seguimiento, por su condición irregular migrante en el país.
3	Se desarrollan las actividades correspondientes al área de Trabajo Social en los servicios de atención médica. Se atiende llamado de cada servicio intra hospitalario interconsultante, iniciándose la respectiva intervención dando respuesta a los requerimientos - respuesta a interconsultas por riesgo social. notas de seguimiento a pacientes hospitalizados en los servicios de alojamiento conjunto y sala de
4	Se realiza solicitud de oxigeno a pacientes que se encuentran hospitalizados en los servicios de hospitalización, se realizan trámites a necesidad del servicio - trámite de oxigeno domiciliario radicado ante la oficina de Autorizaciones, siguientes se proyectan a necesidad del servicio.
5	Se desarrollan las gestiones y trámites correspondientes al área de Trabajo Social en los servicios, respecto a la atención de población vulnerable habitante de calle sin certificar, población extranjera e indocumentados - Estudios sociales de caso, realizados a pacientes migrantes en condición irregular
6	Se realizan (25) registros en aplicativo Cuéntanos Bogotá según barreras identificadas - Cargue de registros de usuarios en aplicativo Cuéntanos Bogotá.
7	Se realiza seguimiento a pacientes gestantes en articulación con el área de autorizaciones - diligenciamiento y entrega de ficha SIVIM, siguientes se proyectan a necesidad del servicio
8	Se socializa información a paciente en contexto de hospitalización/Urgencias sobre El Nuevo Modelo de Salud: Más Bienestar de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. - (12) registros firmados en planilla de socialización.
9	Se realiza trámites pertinentes frente a conocimiento de caso, solicitud de valoración y asignación de cupo para pacientes en abandono social, ante la Secretaria Distrital de Integración Social - paciente ubicados en hogares de paso para habitabilidad en calle de la Secretaria Distrital de Integración Social.
10	Se da respuesta a las actividades acordadas, y horarios establecidos por el supervisor del contrato. Se realiza pago de planilla de seguridad social en salud del mes correspondiente. Se sensibiliza a funcionarios en derechos y deberes en salud - (30) firmas en planilla de orientaciones a funcionarios en temas de derechos y deberes salud y servicio de ingreso, acceso, atención y egresos de paciente en el
11	En los casos en los que se requiere datos adicionales se verifica en la historia clìnica con el fin de maximizar informaciòn requerida para el tratamiento de caso - Se complementa informaciòn de pacientes interconsultados por le servicio mèdico.
12	Se realiza asistencia y participaciòn activa en el curso mensual, logrando asì fortalecer conocimientos y competencias para la integral prestaciòn del servicio - Asistencia a curso establecido por la oficina, logrando obtener certificaciòn del mismo
13	Se asiste a reuniòn mensual de Trabajo Social, en donde se exponen temas propios del servicio e inquietudes en la prestaciòn del mismo - Se realiza evaluaciòin de asistencia, se envìa evidencia a grupo de Trabajo Social.
14	Se realiza apoyo a instituciones terceras o personas naturales que requieren del servicio de Trabajo Social, ej: talleres, donaciones entre otros - Se realiza acompañamiento por parte de Trabajo Social.
15	Se generan los espacios propicios para la asertiva atenciòn de los usuarios, garantizando la reserva profesional de cada caso o situaciòn presentada por el paciente - Atenciòn de casos con garantia de derechos y confidecialidad.
16	Se da respuesta oportuna a los casos, seguimientos e interconsultas solicitadas, de acuerdo a la necesidad del servicio - Atenciòn oportuna de casos, seguimientos, interconsultas y tràmites emergentes.
17	Se asiste a los servicio con los elementos institucionales portados correctamente, asì como el ingresos a cads servicio de acuerdo a los protocolos establecidos por el servicio de epidemiologia - Se da cumpliiento a los protocolos establecidos tante en àreas comunes de los centros de salud, como en los servicios.
18	Se da cumplimiento a los requerimientos, solictudes y tràmites establecidos por la Oficina - Cumplimiento oportuno de requermientos por parte del área administrativa.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**7967376315**	**OPERADOR:**	**SOI**

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SALUD TOTAL**	**12/5/2025**	**$ 191,600**
PENSIÓN:	**PROTECCIÓN**	**12/5/2025**	**$ 245,200**
RIESGOS LABORALES:	**SEGUROS BOLÍVAR**	**12/5/2025**	**$ 37,400**
OTRO	**CCF COMPENSAR**	**12/5/2025**	**$ 30,700**
	TOTAL PAGADO		**$ 504,900**

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)

Turnos de fin de semana realizados los días SÁBADO 17 DE MAYO DEL 2025 Y DOMINGO 18 DE MAYO DEL 2025. Se enviarán los respectivos soportes al correo apoyotecnicoparticipación@subredcentrooriente.gov.co

LADY BARBOSA

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
LADY VIVIANA BARBOSA CHACÓN
C.C 1,013,650,529
Cel: 313 414 6381

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 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: 31/5/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	LADY VIVIANA BARBOSA CHACÓN	CC:	1013650529
		RUT (NIT):	1013650529
CORREO ELECTRÓNICO:	tsladybarbosa@gmail.com	TELÉFONO:	313 414 6381
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Calle 7 Sur # 8 B - 20	CIUDAD:	BOGOTA D.C.

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.

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	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	550008300741199
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA					

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

Nº DEL CONTRATO:	PS 1428 2025	Nº CDP:	1270	Nº CRP:	15646	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :	SEIS (6) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2/1/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		30/6/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 22,483,200
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL	1/5/2025	AL	31/5/2025			
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$						3,934,560
	TRES MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS SESENTA PESOS MDA/CTE						

LADY BARBOSA

LADY VIVIANA BARBOSA CHACÓN
C.C 1,013,650,529
Cel: 313 414 6381

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 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 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	LADY VIVIANA BARBOSA CHACÓN
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1,013,650,529

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TRABAJADOR SOCIAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1428 2025			FECHA INICIO CONTRATO	2/1/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$				14,838,912
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 22,483,200			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 3,934,560
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	CINCO (5)	Nº CRP INICIAL:	6089	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	1
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	7967376315			OPERADOR:	SOI
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	4EG HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	1	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				1	1
VALOR ADICIONADO	$ 7,644,288.00	CDP DE LA ADICIÓN:	1270	RP DE LA ADICIÓN:	15646	TIEMPO PRORROGADO:	DOS (2) MESES
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:	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 QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

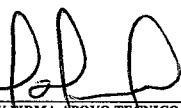
ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	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, CERTIFICÓ** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del **1/5/2025 AL 31/5/2025**

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



NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:
SHIRLEY JANNETH TORRRES RODRÍGUEZ
CARGO:
JEFE DE OFICINA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO



NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
MARTHA PATRICIA CARDENAS CARDENAS
PERFIL:
TÉCNICO ADMINISTRATIVO II

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1013650529
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LADY VIVIANA BARBOSA CHACON
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CLLE 7 SUR # 88-20	TELÉFONO:	4632090
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7967376315			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES abril AÑO 2025			PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES abril AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	3				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/05/12			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1472363071

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 244.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 500	$ 0	$ 244.700	$ 500	$ 245.200
SUBTOTALES:										$ 244.700	$ 500	$ 245.200

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 191.200	$ 0	$ 400	$ 0	$ 191.200	$ 400	$ 0	$ 191.600
SUBTOTALES:													$ 191.200	$ 400	$ 0	$ 191.600

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 37.300	$ 37.300	$ 100	$ 0	$ 37.400
SUBTOTALES:									$ 37.300	$ 100	$ 0	$ 37.400

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 30.600	$ 100	$ 30.700
SUBTOTALES:			$ 30.600	$ 100	$ 30.700

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES					
																										PENSIÓN								SALUD						ARP					CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EN EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1013650529	BARBOSA CHACON LADY VIVIANA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 1.528.858			NO																		230201-PROTECCION	30	$ 1.528.858	$ 244.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 244.700	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.528.858	$ 191.200	$ 0	$ 191.200	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1.528.858	101365052	$ 37.300	30	$ 1.528.858	SCCF24-COMPENSAR	$ 30.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 504.900

Planilla Pagada