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

**DAVID EDUARDO OVALLE ALDANA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | 1,026,592,795 | | | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO QUIMICO FARMACEUTICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. | | | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | PS 5084 2025 | | **FECHA INICIO CONTRATO** | 12/03/2025 | |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 10,112,820 | **PLAZO INICIAL DEL CONTRATO** | UN MES DIESCINUEVE DIAS (1 MES 19 DIAS) | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 25,249,428 | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 6,720,132 | |
| **Nº DE INFORME:** | 2 DE 2 | **Nº CRP:** | 11668 | **Nº CDP:** | 811 |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | TRES MESES DIESCINUEVE DIAS (3 MESES 19 DIAS) | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | 3BL HOSPITAL SAN BLAS | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ | | DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05 | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:** | 1 | **TIPO DE MODIFICACIÓN** | **ADICIÓNES** | 1 | **PRORROGAS** | 1 | |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 15,136,608 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1263 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 13416 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 2 MESES |

**III. POLIZAS**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?** | | **SI** | | **NO** | X |
| **Nº DE PÓLIZA:** | 123 | | **NOMBRE DE LA ASEGURADORA:** | | ABC |
| **FECHA DE LA PÓLIZA** | DD/MM/AAAA | | **FECHA DE APROBACIÓN:** | | DD/MM/AAAA |

| 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 especificas del contrato realizadas durante el mes)** |
|---|---|
| 1 | SE HACE LA CONSOLIDACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS INDICADORES DE: SELECTIVAS, COMPLETITUD DE PEDIDO, OPTUNIDAD DE ENTREGA (HOSPITALARIO, AMBULATORIO Y URGENCIAS) Y ERRORES DE PRESCRIPCIÓN.<br>INFORME DE CONSOLIDACIÓN DE INVENTARIOS.<br>ACOMPAÑAMIENTO Y RESPUESTA A LAS VISITAS EXTERNAS DE EPS Y ENTES DE CONTROL Y A PROCESOS INTERNOS (CALIDAD, CONTROL INTERNO, EPIDEMIOLOGÍA ENTRE OTROS).<br>IMPLEMENTACIÓN DEL SDMDU EN CADA UNA DE LAS UNIDADES: NPT, MAGISTRALES Y REEMPAQUE.<br>SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN DE MEDICAMENTOS DE BAJA ROTACIÓN Y PROXIMOS A VENCER. |
| 2 | SE APOYA CON LA ACTUALIZACIÓN DEL PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA, CON SU RESPECTIVA SOCILIZACIÓN E IMPLEMENTACIÓN. |
| 3 | SE REPORTAN LOS SUCESOS DE SEGURIDAD POR LOS DIFERENTES CANALES DEFINIDOS POR LA INSTITUCIÓN, APOYANDO CON LA INFORMACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS EVENTOS Y LA CONSOLIDACIÓN DE ESTADÍSTICAS Y ANÁLISIS DE LAS MISMAS, PARA EL MEJORMAIENTO DEL SERVICIO. |
| 4 | SE REALIZA REUNIÓN Y CAPACITACIÓN SOBRE LA RETROALIMENTACIÓN DE LOS SUCESOS PRESENTADOS EN CADA UNIDAD Y LAS BARRERAS DE SEGURIDAD A IMPLEMENTAR. |
| 5 | SE SOCIALIZAN LAS ALERTAS SANITARIAS EMITIDAS POR EL INVIMA (PERTINENTES); SE REVISAN ALERTAS DE DESABASTECIMIENTO Y EN CASO DE PRESENTARSE LAS ACTAS DE LAS |
| 6 | SE APOYA CON LA ACTUALIZACIÓN A LOS DIFERENTES DOCUMENTOS DEL SERVICIO PARA LA MEJORA CONTINUA DEL SERVICIO FARMACUETICO. |
| 7 | SE PARTICIPA EN EL COMITÉ DE FARMACIA, DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y DE INFECCIONES DE LA UNIDAD DE FORMA MENSUAL. DIVULGANDO CON EL EQUIPO DE TRABAJO LA |
| 8 | SE CUMPLE Y HACE SEGUIMIENTO DE ADHERENCIA A LAS ACTIVIDADES DE LOS PROCEDIMIENTOS E INSTRUCTIVOS DEL SERVICIO FARMACÉUTICO Y DE LOS PROCESOS TRASNVERSALES CON LOS QUE NOS RELACIONAMOS, LLEVANDO REGISTRO COMPLETO EN LOS FORMATOS DE LOS MISMOS.<br>SE APOYA CON LA ELABORACIÓN DE CRONOGRAMAS DE TRABAJO COMO: REVISÓN DE CARROS DE PARO Y CAPACITACIONES.<br>ACTUALIZACIÓN EN DINAMICA DE PARÁMETROS DEFINIDOS PARA MEDICAMENTOS (CREACIÓN DE PRODUCTOS. INFORMACIÓN GENERAL, CUBRIMIENTO DE PBS Y REGULACIÓN DE PRECIOS). |
| 9 | CUANDO SE PRESENTEN PROCESOS DE SELECCIÓN Y ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS SE APOYA CON LA EVALAUCIÓN TÉCNICA, RESPUESTA A OBSERVACIONES Y CONSOLIDACIÓN |
| 10 | SE CONOCE Y LLEVA A CABO EL DECALOGO DE HUMANIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN. SE AYUDA A DIVULGAR LOS DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS Y SE DA RESPUESTA A LAS |
| 11 | SE REALIZA HIGIENE DE MANOS EN LOS MOMENTOS QUE NOS APLICAN. SE DISPONE Y USAN LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y SE REALIZA UNA ADECUADA SEGREGACIÓN DE LOS RESIDUOS.<br>SE HACE SEGUIMIENTO E IMPLEMENTA ACCIONES DE MEJORA A LAS OBSERVACIONES REALIZADAS POR LAS RONDAS REALIZADAS POR EPIDEMIOLOGIA Y DE GESTIÓN AMBIETAL. |
| 12 | SE REALIZAN LAS ACTIVIDADES SEGÚN EL ROL ASIGNADO DE: BPM DE GASES: DIRECTOR TÉCNICO: ORDEN DE PRODUCCIÓN DE LOTE, LIBERACIÓN DE LOTE Y ANÁLISIS DE DESVIACIONES, CUSTODIA DE DOCUMENTACIÓN. JEFE DE CALIDAD: DESPEJE DE LÍNEA, CONTROL DE CALIDAD TRAS LIBERACION DE LOTE EN PLANTA Y PUNTOS DE USO. ASÍ COMO |
| 13 | SE PARTICIPA EN LAS MESAS DE TRABAJO DE EPIDEMIOLOGÍA (PRECOMITE DE INFECCIONES), SEGURIDAD DEL PACIENTE, ACREDITACIÓN Y DE ESPECIALIDADES. |
| 14 | SE REALIZAN LOS CUADROS DE TURNO PARA EL PERSONAL DE PLANTA Y EL CUADRO DE ACTIVIDADES PARA EL PERSONAL DE OPS, Y SE VERIFICA SU CUMPLIMIENTO CON LA REVISIÓN DE LAS CUENTAS DE COBRO E INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES. |
| 15 | SE ELABORAN LOS INFORMES MENSUALES DE: MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL, ANTIMICROBIANOS, OSELTAMIVIR, VIH Y SISMED. |
| 16 | SE PARTICIPA EN LA REUNIÓN DEL SERVICIO FARMACEUTICO. REUNIONES MENSUALES DEL SERVICIO FARMACÉUTICO PARA RETROALIMENTAR TEMAS DEL SERVICIO (POR UNIDAD CON AUXILIARES- REGENTES Y POR PROCESO QUÍMICOS-REGENTES).<br>SE REALIZAN LAS REINDUCCIONES, CAPACITACIONES Y ENCUESTAS QUE SON INFORMADAS. |
| 17 | SE PROGRAMA LA REALIZACIÓN DE SELECTIVAS E INVENTARIO ANUAL DE LA FARMACIA ASIGNADA. VERIFICANDO EL CUMPLIMIENTO DE LO ESTABLECIDO EN EL PROCEDIMIENTO |
| 18 | SE REALIZAN INTERVENCIONES FARMACEUTICAS COMO: CONSULTAS, RONDAS, PERFILES FARMACOTERAPEUTICOS O RECONCILIACIÓN. |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | 10718600032 | **OPERADOR:** | SIMPLE |

| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
|---|---|---|---|
| **SALUD:** | **FAMISANAR EPS** | **11/05/2025** | **$ 303,400** |
| **PENSIÓN:** | **COLPENSIONES** | **11/05/2025** | **$ 388,400** |
| **RIESGOS LABORALES:** | **POSITIVA** | **11/05/2025** | **$ 59,200** |
| **OTRO** | **COLSUBSIDIO** | **11/05/2025** | **$ 48,600** |
| | **TOTAL PAGADO** | | **$ 799,600** |

**VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA**

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

David Ovalle

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: DAVID EDUARDO OVALLE ALDANA**
**CC: 1026592795**
**CEL.: 3046102787**

| | | |
|---|---|---|
| Secretaría Distrital 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** |

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/05/2025)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | DAVID EDUARDO OVALLE ALDANA | **CC:** | 1026592795 |
| | | **RUT (NIT):** | N/A |
| **CORREO ELECTRONICO:** | davtat.314@gmail.com | **TELÉFONO:** | 3046102787 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | CALLE 8 B # 81 C 17 PISO 2 | **CIUDAD:** | BOGOTA DC |

**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

| | | |
|---|---|---|
| **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:** | **BANCO CAJA SOCIAL** | | | | |
| **NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)** | | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **24093579799** |

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

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DEL CONTRATO:** | **PS 5084 2025** | **N° CDP:** | **1263** | **N°. RP:** | **13416** | **PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRÓRROGAS :**<br>**TRES MESES DIESCINUEVE DIAS (3 MESES 19 DIAS** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **12/03/2025** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | **30/06/2025** | | **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:**<br>**$ 25.249.428** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | DEL 01/05/2025 AL 31/05/2025 | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)** | **$ 6.720.132**<br>**SEIS MILLONES SETECIENTOS VEINTE MIL CIENTO TREINTA DOS PESOS** | | | | | |

David Ovalle

**DAVID EDUARDO OVALLE ALDANA**
**C.C 1026592795**
**cel: 3046102787**

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

| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | |
|---|---|
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | **DAVID EDUARDO OVALLE ALDANA** |
| **NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | **1.026.592.795** |

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

| | |
|---|---|
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO QUIMICO FARMACEUTICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 5084 2025** | | **FECHA INICIO CONTRATO** | | **12/03/2025** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 10.112.820,00 | | | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 25.249.428,00 | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | | $ 6.720.132 |
| **N° PAGO / N° DE INFORME:** | 2 DE 2 | **N° CRP INICIAL:** | 11668 | **N° CDP INICIAL DEL CONTRATO** | 811 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | TRES (3) MESES Y DIESCINUEVE (19) DIAS | | | | |
| **N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:** | 1071860032 | | **OPERADOR:** | SIMPLE | |
| **PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:** | SERVICIO FARMACEUTICO | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | 3BL HOSPITAL SAN BLAS | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ | | DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05 | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DE MODIFICACIÓN:** | N° ( 1 ) | **TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):** | | | | ADICION ( 1 ) | PRORROGA ( 1 ) |
| **VALOR ADICIONADO** | **$ 15.136.608** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | **1263** | **RP DE LA ADICIÓN:** | 13416 | **TIEMPO PRORROGADO:** | DOS (2) MESES |

**III. POLIZAS (SI APLICA)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?** | **SI** | | **NO** | X | |
| **N° 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 **clausula "Forma de Pago,** CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del ( 01/05/2025) AL (31/05/2025)

| | |
|---|---|
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:** | Yudi Milena Bocanegra González<br>**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR**<br>**YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ**<br>**CARGO:**<br>**DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05**<br><br>**NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:**<br>**ALIX LUCERO SARMIENTO TINJACA**<br>**PERFIL:**<br>**REFERENTE SERVICIO FARMACEUTICO** |

# PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

**Fecha creación reporte** 2025-05-11, 03:25:53 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1071860032

**Periodo Cotización** 202504 **Periodo Servicio** 202504

**Cliente:**

## PAGADA 2025-05-11 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | DAVID EDUARDO OVALLE ALDANA | | | | |
| **Documento** | CC 1026592795 | **Dirección** | CL 8B #81 C - 17 PISO 2 | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 6012601587 | | |
| **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 1026592795 | | **Residente** | | **Exonerado** | N | **Apellidos y Nombres** | **Código Ciudad - Departamento** | **Centro de Trabajo** | **Ubicación Laboral** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Tipo Cotizante** | 59 | 00 | | | | | OVALLE ALDANA DAVID EDUARDO | 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 | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | VIP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | | | | | | | Código AFP | Código Trasl. AFP | Tarifa AFP | IBC | Total Aporte AFP | Total Aporte FSP | Total Aporte FSPS | Código EPS | Código Trasl. 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 | 30 | | | | | | $ 2.427.077 | 25-14 | | 16 % | $ 2.427.077 | $ 388.400 | $ 0 | $ 0 | EPS017 | | 12.5 % | $ 2.427.077 | $ 303.400 | $ 0 | 14-23 | 3 | 2.436 % | $ 2.427.077 | $ 59.200 | CC22 | 2 % | $ 2.427.077 | $ 48.600 | 0 % | $ 0 | 0 % | $ 0 |

### IV.TOTALES

| Total Aportes Pensión | 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 | FAMISANAR EPS | POSITIVA DE SEGUROS | COLSUBSIDIO | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 388.400 | $ 0 | $ 0 | $ 303.400 | $ 59.200 | $ 48.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 799.600 |



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!