


Página: 1 de 2	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS	
Código: 2BS-FR-0021		
Fecha: 12-03-2021	PLANILLA ASIGNACIÓN TURNO-TRÁMITE DE CUENTAS	
Versión: 5		POLICÍA NACIONAL

Radicado GECOP No. _____	
Grado _____	
Nombres y apellidos del funcionario a quien se tramita la cuenta _____	
Cargo del funcionario _____	

No. SISCO: _____	TURNO No. _____ (Consecutivo Anual)
No. CONTRATO: _____ 97-7-20366-25	No. REGISTRO QUIPU (aplica para DISAN): _____
VALOR PAGO: \$ _____ 4,736,160.00	FECHA DE RECIBIDO : _____ 1 de Julio 2025
VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR : _____	NUMERO DE RADICADO SIF: _____
No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO _____ 3	CONTRATISTA:. _____ DEIMLHY JHANDRIT OVIEDO PEÑA
	NIT DEL CONTRATISTA: _____ 53.178.143

DOCUMENTOS PARA EL TRÁMITE DE CUENTAS

1. EL CONTRATISTA REALIZÓ EL ENDOSO DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO SI _____ NO _____
2. EL CONTRATISTA SOLICITÓ LA CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS DEL CONTRATO SI _____ NO _____
3. LA CESIÓN DE DERECHOS ECONOMICOS DEL CONTRATO ESTÁ AUTORIZADA POR EL ORDENADOR DEL GASTO SI _____ NO _____


ENDOSADA A: (RELACIONAR NOMBRE, NIT Y CUENTA BANCARIA DEL TERCERO CESIONARIO BENEFICIARIO DEL PAGO) _____ **CUENTA BANCARIA:** 810094518 BANCO ITAU - AHORROS


4. NÚMERO DEL REGISTRO PRESUPUESTAL DEL CONTRATO QUE SOPORTA EL TRÁMITE DE PAGO (REGISTRADO EN SECOP) _____
5. CONSTANCIA DE RECIBIDO EXPEDIDA POR EL SUPERVISOR/COORDINADOR/INTERVENTOR DEL CONTRATO A SATISFACCIÓN (ORIGINAL)
6. FACTURA ORIGINAL:
7. CERTIFICACIÓN DE APORTES PARAFISCALES VIGENTE, DE FECHA: _____
8. NÚMERO DE PEDIDO SAP DEL SERVICIO Y/O BIEN: _____
- 8.1 NÚMERO DE ENTRADA QUIPU DEL BIEN (APLICA PARA DISAN): _____
9. APROBACIÓN DE GARANTÍA, CONTRATO, ADICIÓN O PRÓRROGA -PUBLICADA EN SECOP
10. CONTRATO, ADICIONES, PRÓRROGAS Y/O MODIFICACIONES. PUBLICADOS EN SECOP
11. COPIA FIEL DEL ORIGINAL DEL PAGO DE INDUSTRIA Y CONSTRUCCIÓN FIC, CONTRATOS DE OBRA.
12. ENDOSO DE FACTURAS Y/O CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS. PUBLICADO EN SECOP
13. CERTIFICACIÓN BANCARIA DEL CESIONARIO DEL ENDOSO Y/O CESIÓN DE DERECHOS, PUBLICADA EN SECOP.
14. DOCUMENTOS QUE ACREDITAN EL CUMPLIMIENTO DE PAGO APORTES SALUD Y PENSIÓN, REMUNERACIÓN SERVICIOS (ORIGINAL). PARÁGRAFO 1 ARTÍCULO 4 DEL DECRETO 2271 DEL 18 DE JUNIO DE 2009,

OBSERVACIONES : _____


LA CUENTA BANCARIA DEL BENEFICIARIO DEL PAGO SE ENCUENTRA ACTIVA EN SIF SI _____ NO _____

FIRMA
DEIMLHY JHANDRIT OVIEDO PEÑA
MEDICO GENERAL

Página: 2 de 2	ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS	 POLICÍA NACIONAL
Código: 2BS-FR-0021		
Fecha: 12-03-2021	PLANILLA ASIGNACIÓN TURNO-TRÁMITE DE CUENTAS	
Versión: 5		
ESTE CAMPO APLICA SÓLO PARA LOS CASOS EN QUE SE REALIZA LA DEVOLUCIÓN DE LA FACTURACIÓN O CUENTA DE COBRO		
POSTFIRMA (GRADO, APELLIDOS Y NOMBRES) DEL FUNCIONARIO QUE REALIZA LA DEVOLUCIÓN: _____		REQUIERE LA ANULACIÓN DEL TURNO. SI _____ NO _____
MOTIVO DEVOLUCIÓN: _____		
FIRMA _____		
FECHA DE DEVOLUCIÓN: _____	Nro. RADICADO COMUNICACIÓN OFICIAL DEVOLUCIÓN: _____	

Página 1 de 4	PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS	 POLICIA NACIONAL
Código: 2BS-FR-0045		
Fecha: 12-03-2021	CONSTANCIA RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS	
Versión: 3		

Ciudad y fecha:	Bogotá, D.C. 1 JULIO DE 2025																	
Unidad:	UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTÁ																	
Tipo de contrato	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Tipo de contrato</th> <th>Marque el tipo de contrato</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Orden de compra</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Contrato de obra</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Contrato de consultoría</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Contrato de prestación de servicios</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>Contrato de compraventa</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Contrato de suministro</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Contrato interadministrativo</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Tipo de contrato	Marque el tipo de contrato	Orden de compra		Contrato de obra		Contrato de consultoría		Contrato de prestación de servicios	X	Contrato de compraventa		Contrato de suministro		Contrato interadministrativo		
	Tipo de contrato	Marque el tipo de contrato																
	Orden de compra																	
	Contrato de obra																	
	Contrato de consultoría																	
	Contrato de prestación de servicios	X																
	Contrato de compraventa																	
Contrato de suministro																		
Contrato interadministrativo																		
Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No.	97-7-20366-25																	
Constancia de recibido No.	03																	
Contratista:	DEIMLHY JHANDRIT OVIEDO PEÑA																	
NIT del contratista:	53.178.143																	
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	PRESTACIÓN DE SERVICIO PROFESIONAL COMO MÉDICO GENERAL PARA LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD DE BOGOTA.																	
Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra):	NO APLICA																	
Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra:	\$ 23.680.800																	
Plazo de ejecución:	09/04/2025 al 08/09/2025																	
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	NO APLICA																	
Lugar de ejecución y/o entrega	Carrera 68 B BIS Nro. 44 - 58 Edificio BG. EDGAR YESID DUARTE VALERO Torre B, ubicado en la ciudad de Bogotá																	
Incumplimiento del plazo de ejecución SI ___ NO <u>X</u>																		
Nombre del supervisor/coordinador del	Capitán ANGELICA PARRA MARTINEZ Jefe																	

Página 2 de 4	PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS	 POLICIA NACIONAL
Código: 2BS-FR-0045		
Fecha: 12-03-2021	CONSTANCIA RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS	
Versión: 3		


contrato y cargo que desempeña:	ESPRI BG. EDGAR YESID DUARTE VALERO						
Fecha de entrega certificada:	Del: 01/06/2025 al 30/06/2025						
Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2025	Unidad	Recurso	Descripción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor facturado	Valor a amortizar y/o descontar *	Valor a pagar
	UPRES BOGOTA	16	MÉDICO GENERAL	\$4.736.160,00	\$4.736.160,00	\$4.736.160,00	\$4.736.160,00
Acta de recepción de bienes	NO APLICA						

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
03	01/07/2025	\$4.736.160,00		\$4.736.160,00
Valor total bienes y/o servicios recibidos				\$4.736.160,00


CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: Informe de actividades mensual las actividades se prestaron dentro del plazo de ejecución, Cumpliendo con las especificaciones técnicas y condiciones estipuladas en el contrato, pago de los aportes al sistema general de seguridad social, avala el pago de la factura N° 03 de fecha 01/07/2025.

Por medio de la presente constancia de recibo a satisfacción y en mi condición de supervisor acredito el cumplimiento de las obligaciones del contratista y certifico que los bienes y servicios relacionados cumplen con las especificaciones técnicas contratadas.

No.	Obligación Contractual o especificación técnica	CUMPLIO	Observaciones y Evidencias
1	Conocer y aplicar las políticas y objetivos del Sistema de Gestión Integral, Mapa de Procesos, Seguridad del Paciente y Gestión Documental, establecidos por la Dirección de Sanidad y el servicio, encaminadas a cumplir con la política de calidad.	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
2	Conocer y aplicar el DECALOGO GENERICO PARA EL ATENCION AL USUARIO implementado por la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional.	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
3	Deberá acogerse al Acuerdo 002 del 27 de abril de 2001 mediante el cual se establece el plan de beneficios de Sanidad de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional y las guías de	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Página 3 de 4	PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS	 POLICIA NACIONAL
Código: 2BS-FR-0045		
Fecha: 12-03-2021	CONSTANCIA RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS	
Versión: 3		

	manejo establecidas y que se establezcan en la Dirección de Sanidad Policial cuando a ello haya lugar.		
4	Brindar orientación a todo usuario que lo requiera	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
5	Tener en cuenta las normas de bioseguridad para la realización de todos los procedimientos que realice.	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
6	Atender a los usuarios del subsistema de salud de sanidad de la policía nacional consulta de enfermería profesional, conforme a las agendas del CONTAC CENTER y SISAP.	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
7	Presentar diariamente los registros de inasistencias, consultas extras y pacientes atendidos	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
8	Realizar los respectivos registros de historias clínicas por el sistema, y manuales ante eventual caída del sistema, hacer la entrega respectiva al archivo clínico para su posterior custodia, dar cumplimiento con la malla de pertinencia establecida por DISAN, dar cumplimiento a la política de seguridad industrial dentro de su punto de trabajo.	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
9	Realizar el control de la implementación del modelo de atención en salud de acuerdo a los lineamientos establecidos, realizar monitoreo de las actividades del programa de promoción y mantenimiento de la salud.	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
10	Realizar el correcto diligenciamiento de las historias clínicas y/o consentimientos informados en cumplimiento con las exigencias legales y éticas artículos ARTÍCULO 3: CARACTERIZACION DE LA HISOTRIA CLINICA. Define: Racionalidad científica: para efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realice ante las investigaciones de condiciones de la salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo". ARTICULO 5: GENERALIDADES "la historia clínica debe diligenciarse en forma clara, legible". C Realizar la medición de acuerdo al código de diagnóstico y/o congruencia según los datos registrados en la historia clínica.	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
11	Realizar ante la eventualidad de la caída del sistema, se deberá registrar la formula en el libro destinado para ello, y se hará responsable de entregar la colilla a la enfermera encargada del manejo y custodia de las fórmulas, de lo contrario se hará responsable al profesional de la perdida de este documento legal que están siendo objeto de constantes auditorias.	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
12	El Profesional en el desarrollo de las actividades antes mencionadas podrá diagnosticar, formular medicamentos y procedimientos conforme a la racionalidad científica y su ética profesional.	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Página 4 de 4	PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS	 POLICIA NACIONAL
Código: 2BS-FR-0045		
Fecha: 12-03-2021	CONSTANCIA RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS	
Versión: 3		

13	Si el profesional recibe pagos de otras entidades públicas o privadas	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
----	---	--	--

NOTA: Para la radicación de la constancia de recibo a satisfacción, el supervisor deberá acompañarla, con el informe de supervisión correspondiente al periodo o la entrega certificada, junto con la publicación de la factura por parte del contratista en el SECOP II – Plan de pagos.

Observación:

FIRMA DE SUPERVISOR
 Capitán **ANGELICA PARRA MARTINEZ**
 Jefe ESPRI BG. EDGAR YESID DUARTE VALERO

Bogotá D.C. 01 de julio 2025

Señores:

Unidad Prestadora de Salud Bogotá

Policía Nacional

Ciudad

Respetados señores

Yo, DEIMLHY JHANDRIT OVIEDO PEÑA identificada con cédula de ciudadanía N° **53.178.143** de **Bogotá**, para los efectos previstos en la Ley 1607 de 2012 y el Decreto reglamentario 0099 de 2013 del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, certifico bajo la gravedad de juramento, que me encuentro enmarcado dentro de la categoría tributaria como; empleado, según el Artículo 329 del Estatuto Tributario, teniendo en cuenta que en una proporción igual o superior al 80% de mis ingresos, provienen de la actividad de profesiones liberales desarrollada en la Unidad Prestadora de Salud Bogotá, además mi condición es de SI **Declarante** del Impuesto sobre la Renta.

El profesional recibe pagos de otras entidades públicas o privadas SI ___ NO X

Cordialmente,



DEIMLHY JHANDRIT OVIEDO PEÑA

CÉDULA: **53.178.143** de **Bogotá**

Teléfono: 3182543674

CUENTA DE COBRO No 03

BOGOTÁ. D.C, 01 de julio 2025

UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOGOTA

NIT: 901361596-4

DEBE A:

DEIMLHY JHANDRIT OVIEDO PEÑA, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 53.178.143 de Bogotá, la suma de \$4.736.160,00 por concepto de las actividades desempeñadas durante el periodo del 01 de junio al 30 junio de acuerdo con el objeto y obligaciones pactadas en el Contrato de Prestación de Servicios No.PN-UPRES 97-7-20366-25, Suscrito con la Unidad Prestadora de Salud Bogotá para prestar mis servicios como MEDICO GENERAL.

Favor consignar en la cuenta de ahorros No. 810094518 entidad financiera BANCO ITAU de acuerdo con el contrato estipulado.

Atentamente,



DEIMLHY JHANDRIT OVIEDO PEÑA
Cedula 53.178.143 de Bogotá
Teléfono: 3182543674

Bogotá D.C, 01 de julio 2025

Señores:

Unidad Prestadora de Salud Bogotá
Policía Nacional
Ciudad

Respetados señores;

YO, DEIMLHY JHANDRIT OVIEDO PEÑA en calidad de contratista identificado con cédula de ciudadanía N° 53.178.143 de Bogotá, para los efectos previstos en el Artículo 13, Decreto 0723 de 2013, certifico bajo la gravedad de juramento, que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensión y Riesgos Laborales de acuerdo a los porcentajes establecidos por las normas vigentes (12,5% salud, 16% pensión y riesgos profesionales para administrativos del 0,522% o si es asistencial del 2,436%) sobre una base de cotización del 40% de los honorarios mensuales percibidos, corresponden a los ingresos provenientes del contrato No. 97-7-20366-25 con la Unidad Prestadora de Salud Bogotá.

VALOR A COTIZAR		VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACIÓN PLANILLA No. 7973979201	
HONORARIOS MENSUALES	\$ 4,736,160.00		\$ 4,736,160.00
BASE COTIZACIÓN 40%	\$ 1,894,464.00	\$	1,894,464.00
APORTE SALUD 12,5%	\$ 236,800.00	\$	236,900.00
APORTE PENSION (16%)	\$ 303,100.00	\$	303,200.00
APORTE RIESGOS LABORALES			
ASISTENCIALES 2,436%	\$ 61,600.00	\$	46,200.00
ADMINISTRATIVOS 0,522%		\$	-

Observaciones: parafiscales pagados del mes de mayo 2025

Cordialmente,



DEIMLHY JHANDRIT OVIEDO PEÑA

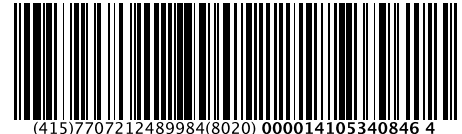
C.C. 53.178.143 de Bogotá

Teléfono: 3182543674

2. Concepto Actualización de oficio

4. Número de formulario

141053408464



(415)7707212489984(8020) 000014105340846 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

5 3 1 7 8 1 4 3

6. DV

2

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

5 3 1 7 8 1 4 3

27. Fecha expedición

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

OVIEDO

32. Segundo apellido

PEÑA

33. Primer nombre

DEIMLHY

34. Otros nombres

JHANDRIT

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

AV 9 161 B 23

42. Correo electrónico

deimlhy.oviedo@gmail.com

43. Código postal

1 1 0 1 1 1

44. Teléfono 1

3 1 3 3 5 1 5 7 9

45. Teléfono 2

3 1 8 2 5 4 3 6 7 4

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		51. Código	52. Número establecimientos
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1		
8 6 2 1	2 0 2 1, 0 6, 2 2	6 9 2 0	2 0 1 2, 0 3, 3 0				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	4	9																						

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

Exportadores

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código															
												57. Modo			
												58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI NO

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2024 - 07 - 03 / 14 : 22: 15

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo




Descubre todos los días un beneficio diferente
#MegustanLosDíasItaú
 Conoce más en www.itaú.co/alianzas

En Itaú, todo lo hacemos por ti.

SELECCIÓN - CONFIRMACIÓN - **RESPUESTA**

Respuesta Pagos Electrónicos

Transacción Exitosa

**Débito realizado Exitosamente.**

Seleccione el botón **terminar** para confirmar la transacción con el establecimiento.

Su número de autorización es: 2143132738

Fecha y hora de la operación: Thu Jun 05 09:08:04 GMT-05:00 2025

Debitado de la cuenta: Cuenta de Ahorro - ****4518

Empresa facturadora: SOI ACH

Número de la factura: 7973979201

Valor: \$586,300.00

Descripción: Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafiscales

Como soporte de esta transacción, por favor haga Click en el botón **imprimir**.

Cualquier inquietud, comuníquese con nuestro Número Único por ciudad:

Bogotá	581 8181	Cartagena	693 1818
Medellín	604 1818	Cali	486 1818
Bucaramanga	697 1818	Pereira	340 1818
Barranquilla	385 1818	Manizales	887 9818
Otras ciudades	018000 512633		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 53178143
 NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: DEIMLHY JHANDRIT OVIEDO PENA
 CIUDAD/MUNICIPIO: BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
 DIRECCIÓN: AK 9 161 B 23 TELÉFONO: 3551579
 TIPO APORTANTE: 02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
 TIPO EMPRESA: PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades de la práctica médica,
 FORMA DE PRESENTACIÓN: ÚNICO
 APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA: **7973979201** TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
 PERIODO COTIZACIÓN MES: mayo PERIODO COTIZACIÓN MES: mayo
 OTROS SUBSISTEMAS: AÑO: 2025 SALUD: AÑO: 2025
 DÍAS DE MORA: 0
 FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): 2025/06/05 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1531881831

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

TOTALES	
COTIZANTES	TOTAL PAGADO

PENSIÓN

ADMINISTRADORA		NOMBRE			
NIT	CÓDIGO				
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES		1	\$ 303.200
SUBTOTAL:				1	\$ 303.200

SALUD

ADMINISTRADORA		NOMBRE			
NIT	CÓDIGO				
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.		1	\$ 236.900
SUBTOTAL:				1	\$ 236.900

RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		NOMBRE			
NIT	CÓDIGO				
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.		1	\$ 46.200
SUBTOTAL:				1	\$ 46.200

VALOR SIN MORA:	\$ 586.300
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 586.300