Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
	Fecha de aprobación	2/15/2018	
	Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Leydi Sánchez Hernández						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	26422879	
CORREO ELECTRONICO:	leysanchez2384@gmail.com				CELULAR:	3147279251	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	EQUIPO ATENCION EN CASA ASUNCION BOCHICA				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	SU46K33-5	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	52500012867				PENSIONADO	NO	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO	3182			VIGENCIA	2025		
NÚMERO DE CDP	1116	FECHA	2025-05-12 16:11:10.000	NÚMERO DE CRP	25418	FECHA	2025-05-26 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-06-01		2025-06-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$2,539,887				
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 0%		N/A			

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$14,474,705
VALOR EJECUTADO	$8,470,888
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,539,887
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$6,003,817
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	59%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1072626866	$1,015,974	$126,997	$162,556	3	$24,749	$314,302

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ
52744682
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada Subred Suroccidente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
"Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil gestor étnico, bachiller, técnico y/o tecnólogo, profesional, profesional especializado, conforme a lo establecido por los lineamientos distritales del Modelo de salud MAS Bienestar en el marco de los equipos extramurales, estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos en los documentos anexos del convenio, procesos, guías institucionales y nacionales vigentes."	Acciones en equipos extramurales y sus diferentes estrategias cumpliendo con los lineamientos, entrega de formatos en fisico y digitales con veracidad, calidad y oportunidad	"Formato de caracterizacion y tamizajes. Diligenciamiento de cronograma diario. Diligenciamiento de bases de datos correspondientes"
"Participar activamente en las jornadas programadas tanto por la SDS como por la Sub Red Sur Occidente o las contempladas en el convenio asignado"	Dar cumplimiento con la meta diaria planteada para el respectivo mes y entrega de soportes definidos según el lineamiento.	Cronograma de actividades diarias, entrega de soportes fisicos y digitales establecidos por la SDS
"Desarrollar acciones de control social, demanda inducida, información, sensibilización, educación, canalización, atención, seguimiento, notificación de eventos de interés en salud pública y notificación de alertas a la población identificada."	Realizar canalizaciones a los usuarios dependiendo de la identificacion de sus necesidades y prioridades en salud / intersectorial	"Formato de activación de ruta digital.Envio de canalizaciones digitales Diligenciamiento de bases de datos"
"Prestar servicios desde los ejes de humanización y seguridad del paciente, de acuerdo a las guías y protocolos institucionales vigentes"	"Realizar canalizaciones a los usuarios dependiendo su necesidad y prioridad en salud / intersectorial "	"Formato de caracterizacion y tamizaje Envio de canalizaciones digitales Diligenciamiento de bases de datos "
"Participar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reinducción, programadas por la Secretaria Distrital de Salud, por Dirección de Gestión del Riesgo, supervisora de contrato o subred. "	"Asistir a capacitaciones e inducciones para identificacion de estrategias para elaborar y desempeñar actividades en campo "	Actas, listados de asistencia y formatos establecidos por SDS deacuerdo con las actividades programadas.
" Fortalecer grupos de veeduría ciudadana, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud" "Realizar entrega de productos, informes requeridos, bases de datos, cargue de historia clínica (si aplica), aplicativos de la Subred o de la SDS entre otros o realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las observaciones de calidad dada por el supervisor del contrato, apoyo a la supervisión y/o líder del proceso, cumpliendo los principios de veracidad, oportunidad, calidad según dinámica y/o programación de cada una de las líneas de intervención"	Acciones en equipos extramurales identificacion de necesidades,problematicas en salud	Cronograma de actividades diarias, entrega de soportes fisicos y digitales establecidos por la SDS
"Realizar entrega de productos, informes requeridos, bases de datos, cargue de historia clínica (si aplica), aplicativos de la Subred o de la SDS entre otros o realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las observaciones de calidad dada por el supervisor del contrato, apoyo a la supervisión y/o líder del proceso, cumpliendo los principios de veracidad, oportunidad, calidad según dinámica y/o programación de cada una de las líneas de intervención"	"Realizar acciones de IEC acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones sobre deberes y derechos frente a a la seguridad social en salud y participación social."	Actas, listados de asistencia y formatos establecidos por SDS deacuerdo con las actividades programadas.
Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE, SDS o por entes de control	Entrega de soportes con los criterios de calidad, revision y correccion de hallazgos y alistamiento de auditoria.	"Formato de caracterizacion y tamizajes. Diligenciamiento de cronograma diario. Envio de canalizaciones digitales. Diligenciamiento de bases de datos"
"Atender las solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a quejas asignadas"	NO se generan glosas en las acciones realizadas durante el mes.	NO APLICA
" Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos, según programación y necesidad del servicio. "	Implementar acciones relacionadas con los protocolos, para la identificación y atención de casos nuevos y búsqueda de contactos.	Actas, listados de asistencia y formatos establecidos por SDS deacuerdo con las actividades programadas.
"Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de las actuaciones individuales"	Actas, listados de asistencia y formatos establecidos por SDS deacuerdo con las actividades programadas.	Actas, listados de asistencia y formatos establecidos por SDS deacuerdo con las actividades programadas.
"Portar elementos de identificación de manera adecuada y constante en la ejecución de las acciones."	Realizar adecuado uso de los implementos de identificacion personal para un mejor acceso para la identificacion de riesgos .	Actas, listados de asistencia y formatos establecidos por SDS deacuerdo con las actividades programadas.
Resguardar y dar un óptimo uso a los equipos y/o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio.	Mantener en optimas condiciones los equipos biomedicos para obtener un resultado adecuado de medidas antropometricas.	Actas, listados de asistencia y formatos establecidos por SDS deacuerdo con las actividades programadas.
. Dar cumplimiento a la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio	Realizar entrega oportuna de actas y listados de firmas acorde a requerimiento de profesional de apoyo .	Actas, listados de asistencia y formatos establecidos por SDS deacuerdo con las actividades programadas.

Copia Controlada Subred Suroccidente

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ
52744682
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada
Subred Suroccidente

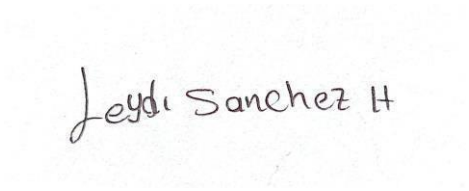
DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE NIT:900.959.048-4

DEBE A:
LEYDI SANCHEZ HERNANDEZ

CC 26 422 879 DE NEIVA HUILA

La suma Dos millones quinientos treinta y nueve mil ochocientos ochenta y siete PESOS (Mcte)(2.539.887), por concepto de servicios como Promotora, en el marco del convenio Equipos Básicos Extramurales, durante el periodo de 01 al 30 de junio de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No** 3182-2025



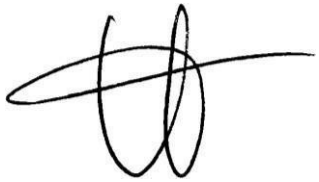
LEYDI SANCHEZ HERNANDEZ

C.C. 26 422 879 DE NEIVA HUILA

CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA

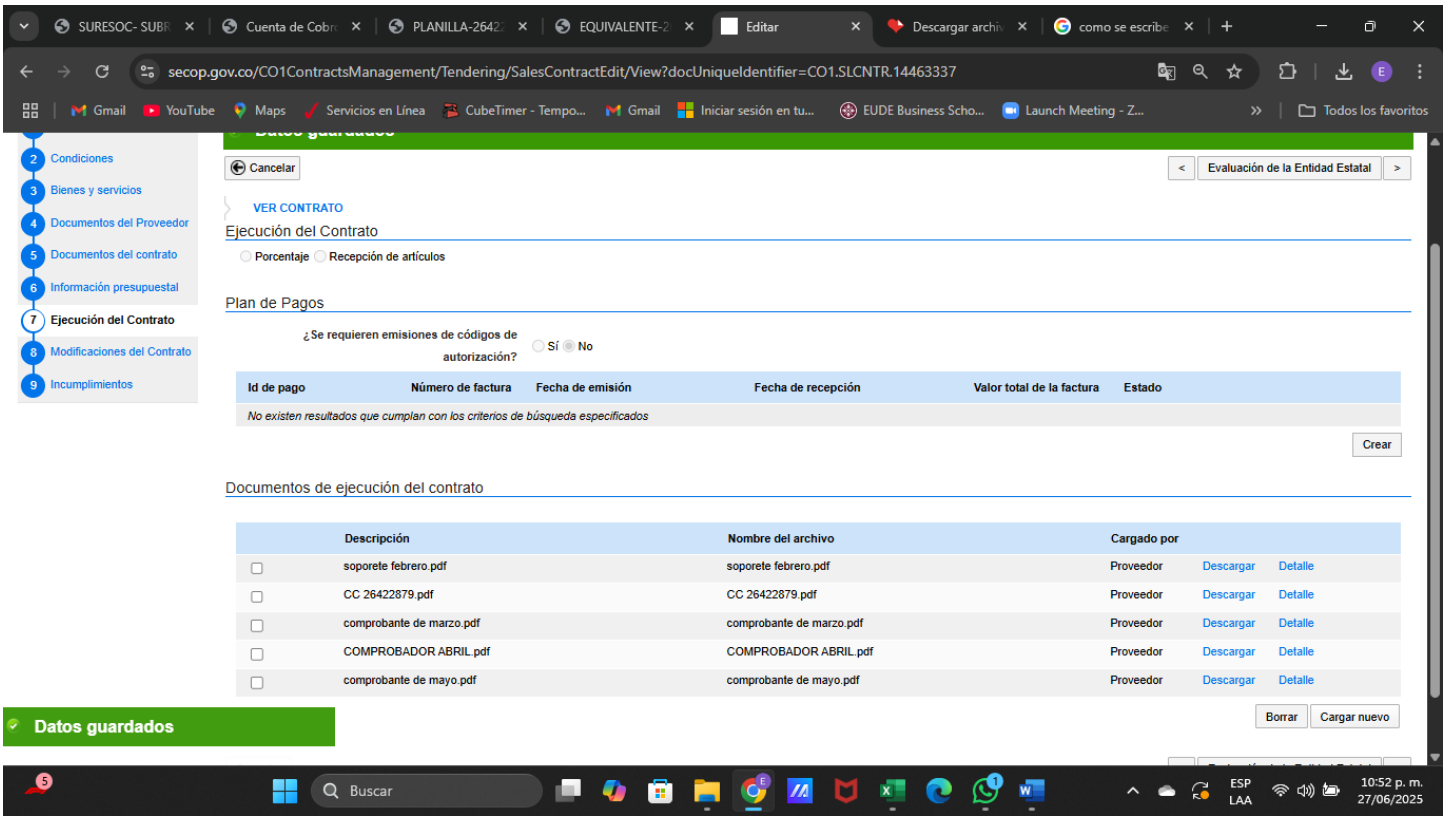
NUMERO 52500012867

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al periodo del 01 al 30 de junio y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.



YENNY CAROLINA ESPINOSA PINILLA
Apoyo a la supervisión
Equipos Básicos extramurales

LEYDI SANCHEZ HERNANDEZ
C.C. 26 422 879 DE NEIVA HUILA
SECOP II



Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	ENTRENAMIENTO EN ACTIVIDADES ESPECIFICAS DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	Versión:	6
		Fecha de aprobación:	3/18/2025
		Código:	06-00-FO-0001

1. Colaborador	Nuevo OPS	x	Cambio Perfil OPS		Nuevo Planta		Reubicado Planta		
2. Nombres y apellidos del colaborador	LEIDY SANCHEZ HERNANDEZ								
3. Documento	Tipo de Documento: C.C._x__ C.E.___ Pasaporte___ Visa___ Número: ___26422879_____								
4. Perfil o cargo	AUXILIAR DEENFERMERIA								
5. Dependencia- Proceso - Área	ASUNCION BOCHICA								
6. Tipo de Vinculación	ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS OPS __X_ PLANTA___ TERCEROS ___ OTROS ___ CUAL: _____								
7. Fecha de Ingreso/ reubicación a la Subred	DÍA __13__ MES __02___ AÑO _2025__								

FECHA	RESPONSABLE (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)	8. DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	REALIZACION ACTIVIDAD			
			SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
6/24/2025	FORMACION Y DESARROLLO	Entrega de Clave Aula Virtual	X			
		Se realizó Afiliación a la ARL	X			
		Entrega de Carta de Presentación al Director/Jefe Correspondiente	X			
		Entrega de Carnet Institucional	X			
		Sensibilización Manual Especifico de Funciones y Competencias Laborales (Personal de Planta)	X			

FECHA	RESPONSABLE (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)	9. OFICINA SISTEMAS DE INFORMACIÓN	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
6/24/2025	FORMACION Y DESARROLLO	Entrega de usuario y contraseña			X	
		Sensibilización formatos de historia clínica correspondientes			X	
		Sensibilización acuerdos de confidencialidad	X			
		Firma digital			X	

FECHA - Entrenamiento Procesos Transversales (Encuentro de Aprendizaje Virtual)	RESPONSABLE (Nombres y Apellidos Completos de la persona que envía invitación para el encuentro virtual)	10. ACTIVIDADES PROCESOS TRANSVERSALES PARA TODO EL TALENTO HUMANO (ASISTENCIAL - ADMINISTRATIVO) (Este espacio debe diligenciarlo después de la asistencia al Encuentro de Aprendizaje Virtual - Entrenamiento en Actividades Específicas que se realiza por medio de la Plataforma Teams. El cual es en horario de 7:00am a 12: 30pm)	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
6/24/2025	FORMACION Y DESARROLLO	**Fecha Entrenamiento Procesos Transversales Virtual:**	X			
		Humanización	X			
		Entrenamiento Seguridad y Salud en el Trabajo	X			
		Plan Hospitalario de Gestión del Riesgo de Desastres	X			
		Participación y Atención al Usuario	X			
		Gestión de la Tecnología	X			
		Programa de la Prevención de Infecciones asociadas a la Atención en Salud - IAAS	X			
		Proceso de Notificación Eventos en Salud Pública	X			
		Seguridad de Paciente - Hemovigilancia - Reactivovigilancia - Farmacovigilancia			X	
		Gestión Documental	X			
		Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y de la Infancia Integral - IAMMI	X			

11. DIRECCIONES / OFICINAS

INFORMACIÓN DE UBICACIÓN DEL COLABORADOR (exclusivo diligenciamiento por las Direcciones / Oficinas)	
Lugar de Ubicación Colaborador	ASUNCION BOCHICA
Servicio donde va a desarrollar actividades	LOCALIDAD 7
Fecha de Inicio del Entrenamiento (D/M/A)	1/24/2025
Fecha de Finalización (D/M/A)	1/26/2025

12. JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO

JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)	JENNY CAROLINA ESPINOSA
CARGO JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO (Describir el perfil del tutor laboral asignado para realizar el entrenamiento)	Apoyo a la supervisión Equipos Básicos extramurales

FECHA	RESPONSABLE (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)	ACTIVIDADES TRASVERSALES PARA TODO EL TALENTO HUMANO INCLUYENDO LOS PERFILES NO RELACIONADOS EN EL FORMATO	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
		Se verificó con el colaborador la realización del entrenamiento de talento humano	X			
		Se realizó recorrido por el lugar y presentación del personal	X			
		Se indicó el lugar exacto donde va a desarrollar las actividades y se entrega de los elementos necesarios.	X			
		Si el lugar de trabajo es compartido, se explicó que hacen las otras personas y su nivel de corresponsabilidad frente a sus actividades	X			
		Se explicó cuál es el conducto regular para tratar asuntos relacionados con sus actividades y /o funciones y asuntos personales.	X			
		Conocimiento del mapa de procesos de la subred y ubicación dentro del mismo de la Dirección a la que pertenece	X			

Powered by CamScanner

6/24/2025	FORMACION Y DESARROLLO	Ruta de atención integral en salud Resolución 3280 de 2018 (EX-11-02-RES-3280-2018)	x		
		Protocolo de Bienvenida al Paciente (07-01-PT-0004)	X		
		Portafolio de servicios (https://www.subredsuroccidente.gov.co/)	X		
		Programa de humanización (02-04-PG-0001) y política de humanización (01-01-00-0006)	X		
		Adherencia lavado de manos (02-02-FO-0046)	X		
		Manual de manejo y diligenciamiento de historia clínica (14-06-MA-0001)	X		
		Ruta de acceso y manejo adecuado al sistema de historia clínica	X		
		Ruta de acceso a la intranet/Almera para verificación de documentos guías Procesos procedimientos matriz de riesgos formatos y demás documentos propios del servicio	X		
		Manual de Bioseguridad (02-02-MA-0001)	X		
		Gestión del Riesgo en salud (Riesgos de los procesos, riesgos de las no atenciones y riesgo del mal diligenciamiento de los formatos y registros asistenciales)	X		
		Procesos de auditoria interna y externa que están relacionados con su proceso	X		
		Información sobre programas de PyD	X		
		Programa de Responsabilidad social de la subred (02-00-PG-0001)	X		
		Eventos de interés en salud pública, qué, cómo, cuándo y a quién se debe notificar, el diligenciamiento correcto y claro de las fichas de notificación	X		
		Manual de Referencia y contrarreferencia 09-03-PR-0003	X		
		RES-0045-2022 Por el cual se adoptan las normas nacionales y distritales para la atención en salud con enfoque diferencial Código Almera 02-05-RES-0045-2022	X		

13. JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO

FECHA	SERVICIO	PERFIL	DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
			ACTIVIDADES				
6/24/2025	COMPONENTES SALUD PUBLICA	Describir el perfil del Talento Humano	Presentación del espacio y/o componente	X			
			Entrega de la caja de herramientas por medio magnético (formato y explicación del informe de actividades, fechas de entrega del mismo, entrega de lineamientos o rutas, documentos de consulta, formato de cronograma o matrices)			X	
			Se informó frente a controles existentes e informes y la periodicidad con que debe presentarlos	X			
			Se informó frente a eventos de interés en salud pública, qué, cómo, cuándo y a quién notificar, el diligenciamiento correcto y claro de las fichas de notificación	X			
			Se realizo Entrenamiento en Campo - Manejo de procedimientos aplicables al proceso de trabajo	X			
			Se Informó sobre los riesgos de los procesos, riesgos de las no atenciones y riesgo del mal diligenciamiento de los formatos	X			

14.VALORACIÓN DEL COLABORADOR		15.VALORACIÓN DEL SUPERVISOR, JEFE INMEDIATO O LÍDER SEDE QUE REALIZÓ EL ENTRENAMIENTO
Califique de 1 a 5 si la información que se le brindó respecto a sus funciones y/o Actividades, fue clara 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ___X_	Considera que fue completa la información que le brindaron en relación con el manejo de herramientas informáticas y uso de equipos. SI ___X_ NO ____	Registre las fortalezas y oportunidades de mejora encontradas.
Califique de 1 a 5 si la indicación de la información recibida sobre el sitio donde usted desarrollará sus funciones y/o actividades fue la adecuada. 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 __X 5 ____	Le suministraron la información y documentos necesarios para su lectura y comprensión del proceso donde realizará sus actividades. SI X NO ____	

16.CALIFICACIÓN ENTRENAMIENTO - Marque con una X según su consideración	Bajo	Medio	Satisfactorio	Excelente
			X	

17. FIRMA DEL COLABORADOR		18. FIRMA DEL SUPERVISOR O ENCARGADO DEL ENTRENAMIENTO		19. FIRMA Y RECIBIDO TALENTO HUMANO - SUBPROCESO FORMACIÓN Y DESAROLLO	

1. COLABORADOR: **Nuevo**: Personal que ingresa o es contratado por primera vez a la Subred. **Cambio Perfil OPS**: Personal que se encuentra en la Subred y cambia de perfil para realizar otras actividades. **Nuevo Planta**: Personal que ingresa a la Subred con contrato de planta en cualquier dirección, sede o servicio. **Reubicado**: Personal de planta que se reubica dirección, sede o servicio

* REUBICADO: Para el personal reubicado se debe diligenciar los puntos (1,2,3,4,5,6,7,11,12,13,14,15,16, 17, 18 y 19)

2. NOMBRES Y APELLIDOS DEL COLABORADOR: Escribir nombre y los apellidos completos del colaborador

3. DOCUMENTO: Número de identificación del Colaborador

4. PERFIL: Escribir cargo o perfil contratado

5. PROCESO - ÁREA: Escribir el proceso donde desarrollará las actividades

6. TIPO DE VINCULACIÓN: Marque con una X según corresponda

7. FECHA DE INGRESO / REUBICACIÓN A LA SUBRED: Escribir fecha de ingreso o reubicación

8. DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO: Responsable de diligenciar este espacio DGTH - Administración del Talento Humano - Selección según corresponda

9. OFICINA SISTEMAS DE INFORMACIÓN : Responsable de enviar datos a Sistemas de Información es la DGTH - Administración del Talento Humano- Selección. La Oficina de TICS es responsable de ejecutar las actividades mencionadas

10. ACTIVIDADES PROCESOS TRANSVERSALES PARA TODO EL TALENTO HUMANO: Actividad programada de manera virtual dirigida a los colaboradores nuevos (Nuevo OPS, Cambio de Perfil y Nuevo Planta). Este espacio debe diligenciarlo después de la asistencia al Encuentro de Aprendizaje Virtual - Entrenamiento en Actividades Específicas que se realiza por medio de la Plataforma Teams. El cual es en horario de 7:00am a 12:30pm

11. DIRECCIONES / OFICINAS: Responsable de indicar la ubicación del colaborador en el servicio o subproceso

12. JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO: Responsable verificar y sensibilizar en las actividades transversales descritas

13. JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO: Responsable de sensibilizar y acompañar en las actividades propias del perfil. Describir nombre completo y perfil del responsable del apoyo de entrenamiento.

14. VALORACIÓN DEL COLABORADOR: Espacio dirigido al colaborador para valorar el entrenamiento

15. VALORACIÓN DEL JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO QUE REALIZÓ EL ENTRENAMIENTO : Espacio dirigido al padrino donde puede describir aspectos positivos y/o sugerencias para fortalecer las competencias del colaborador

16. CALIFICACIÓN ENTRENAMIENTO (Por parte del Colaborador): Calificación del Colaborador en relación al entrenamiento en actividades específicas realizado.

17. FIRMA DEL COLABORADOR: En este espacio debe firmar el colaborador que recibe el entrenamiento

18. FIRMA DEL SUPERVISOR O ENCARGADO DEL ENTRENAMIENTO: En este espacio debe firmar el responsable en realizar el entrenamiento.

Powered by CamScanner

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-06-13, 09:43:23 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1072626866

Periodo Cotización: mayo de 2025 **Periodo Servicio:** mayo de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8823138747

PAGADO 13/06/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LEYDI SANCHEZ HERNANDEZ		
Documento	CC26422879	**Dirección**	CR 3 ESTE #43 H - 29
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3147279251
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	SOACHA	**Departamento**	CUNDINAMARCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 26422879	LEYDI SANCHEZ HERNANDEZ	59	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.423.500	$ 178.000	2,436	$ 1.423.500	$ 34.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.500

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 0	$ 227.800	$ 178.000	$ 34.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.500	$ 0	$ 440.500

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!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.