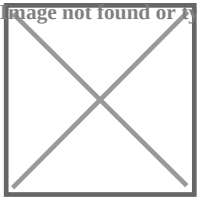


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.			
				INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	
DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2025-07-01	Hasta:	2025-07-31	
Nombre del Contratista:	EDILMA GALINDO CASTILLO		Número de Documento:	52311878	
Correo Electrónico:	hedisitahedisita@hotmail.com		Número Telefónico:	3204136541	
Nombre del Supervisor:	NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA	Cargo:	DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS	Código Grado:	-
DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	3130-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	26
Perfil:	PROFESIONAL GESTION ADMINISTRATIVA EN SALUD				
Dirección a la que Pertenecer:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS				
Unidad de Servicios:	USS TUNAL				
LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS					
Centro de Costos	Dirección	Unidad	Total	Procentaje(%) Centro de Costos	
U07SA	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	ADMINISTRATIVA	\$5401440	100%	
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 5401440	CINCO MILLONES CUATROCIENTOS UN MIL CUATROCIENTOS CUARENTAPESOS			

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
Fecha de Inicio del Contrato	2025-01-22	Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2025-09-20
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar	
1	ENERO	\$ 1800467	
2	FEBRERO	\$ 5401440	
3	MARZO	\$ 5401440	
4	ABRIL	\$ 5401440	
5	MAYO	\$ 5401440	
6	JUNIO	\$ 5401440	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 43211520	\$ 43211520	\$ 28807667	\$ 14403853
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1.Realizar seguimiento y gestion a las acciones de mejora de resultado de auditorias internas y externas, asi como la revision, verificacion, entrega, cargue y seguimiento de los productos de planes de mejoramiento para cierre de hallazgos reportados.	-Se da seguimiento a hallazgos realizados por los entes de control externos, así como, a las auditorias internas y de autocontrol realizados por la institución y dirección de urgencias. Se da cierre a los planes de mejora	-Realizar seguimiento y gestion a las acciones de mejora de resultado de auditorias internas y externas, asi como la revision, verificacion, entrega, cargue y seguimiento de los productos de planes de mejoramiento para cierre de hallazgos reportados.
2	2.Realizar seguimeinto y gestion de los compromisos pendientes relacionados a comites institucionales.	-Asistí a comités mensuales , citados por la Subgerencia de Servicios de Salud, presentación de indicador gerencial No 16 IAM a comité de historias clínicas demás necesidades identificación previo a los comités	COMITES INDICADORES
3	3.Apoyar en el seguimiento y gestion de las acciones de los diferentes procesos e informes de la Direccion.	-.Apoyar en el seguimiento y gestion de las acciones de los diferentes procesos e informes de la Direccion	-ACTAS REUNIONES
4	4.Realizar seguimiento a los resultados del Plan de Gestion Gerencial, consolidado de la informacion y entrega de fichas tecnicas a cargo de la Direccion.	4- Seguimiento y consolidación de resultados de primer trimestre de indicador No 16 IAM, al cual previo a la presentación, en comité de historias clínicas, se tiene reunión con desarrollo institucional para establecer parámetros de presentación del mismo	-REUNIONES INFORMES COMITES
5	5.Realizar seguimiento y entrega de los resultdos del plan operativo anual.	-- Seguimiento de cumplimiento de las acciones de POA	-INFORMES SOCIALIZACIONES
6	6.Mantener actualizada la matriz de control y seguimiento para el cumplimiento de los requisitos de habilitaciony plan de trabajo de acreditacion, formatos, guias entre otros, asi como la socializacion con cada responsable.	-6-Seguimiento a matriz de autoevaluación en la UMHES el tunal. Consolidación de soportes para dar respuesta a planes de mejora establecidos, según hallazgos de matriz de autoevaluación.	-SOPORTES DE MATRIZ EVALUACIONES

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
7	7.Realizar seguimiento y gestion al plan anticorrupcion y matriz de riesgos de la Direccion.	-7- Seguimiento y consolidación de soportes correspondientes a la matriz de riesgos	-REUNIONES SOCIALIZACIONES
8	8.Apoyar el proceso de actualizacion y difusion de las guias, protocolos, manuales de normas y procedimientos de cada uno de los procesos y programas que dependen de la direccion.	-- Participación mensual en reunión de seguimiento de convenio por la secretaria de salud, participación en las metas del 4 componente de la DUES, realización de informe mensual, supervisión de matriz financiera mensual, radicación de informe y matriz financiera	-REUNIONES INFORMES MENSUALES
9	9.Apoyar la gestion administrativa de los convenios asignados a la direccion.	-- Participación en reuniones, realización de informes, desarrollo de planes de mejora, realización de meses de acreditación, asistencias a mesa de análisis de eventos reportados, ronda administrativa de fin de semana	-MESAS DE ANALISIS REUNIONES
10	10.Soporte especializado al proceso de planeacion, ejecucion y control de los servicios de Urgencias.	-10-realizo comunicación asertiva con cada funcionario dando solución a problemas tanto personales como laborales para establecer así un excelente área de trabajo Soporte especializado al proceso de planeacion, ejecucion y control de los servicios de Urgencias.	-SOPORTES PROCESOS
11	11.Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-11.Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. la Orden de Prestación de Servicios 3130-2025 que hace parte integral de este requerimiento y según las condiciones indicadas en el mismo.	-11.Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. la Orden de Prestación de Servicios 3130-2025 que hace parte integral de este requerimiento y según las condiciones indicadas en el mismo.

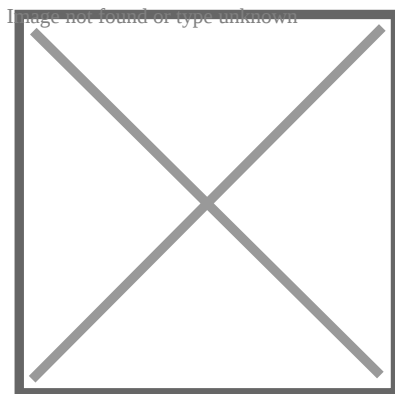
INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL									
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior		\$ 5401440
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	5249555504	-			
2025	JUNIO	2025	07	28					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CINCO MILLONES CUATROCIENTOS UN MIL CUATROCIENTOS CUARENTAPESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes		Valor Aportado
Pensionado				NO	PROTECCIÓN	\$ 2160576	\$ 345692	\$ 348400	
Salud					FAMISANAR		\$ 270072	\$ 272200	
ARL				3	SURA		\$ 52632	\$ 53100	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 627042	\$ 673700	

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO AV VILLAS	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	52918815

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	EDILMA GALINDO CASTILLO	2025-07-27 18:45:05
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	EDILMA GALINDO CASTILLO	2025-07-28 15:01:52
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	EDILMA GALINDO CASTILLO	2025-07-28 16:42:38
RECHAZADO SUPERVISOR	NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA	2025-07-29 21:16:48
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	EDILMA GALINDO CASTILLO	2025-07-29 21:17:39
ACEPTADO SUPERVISIÓN	NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA	2025-07-29 21:35:19
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA	2025-07-31 21:56:32

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)

NOTA: La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo **SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA
DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar



1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO GALINDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) CASTILLO	NOMBRES EDILMA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 52311878	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO D.M.		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 27 MES JUL AÑO 1976 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CARRERA 94 No 6C 77 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 6967436 EMAIL hedisitahedisita@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o A 6o DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o A 11o DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BASICA											TITULO BACHILLER ACADEMICO				
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO				
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES	DICIEMBRE		AÑO	1994

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADEMIA ESCRIBA:

TC (TECNICA). TL (TECNOLÓGICA). TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). UN (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). MG (MAESTRIA O MAGISTER). DC (DOCTORADO O PHD).

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD	No. SEMESTRES	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS		TERMINACIÓN		No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI	NO	O TÍTULO OBTENIDO		MES	AÑO	PROFESIONAL
Universitaria	8	X		ENFERMERIA		6	2005	52311878

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
------------------	--------------------------	-----------------	-------

Firma electronica validador: null

148088

Documento electrónico: null
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 1 de 3

FORMULARIO ÚNICO

ENTIDAD RECEPTORA

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

Última Actualización: 10-jul-2025

El futuro
es de todosGobierno
de ColombiaDECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADAPersona Natural
(LEY 190 DE 1995)

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, EDILMA GALINDO CASTILLO

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 52311878 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección CARRERA 94 No 6C 77

Teléfonos 3204136541 6967436

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Francisco Alejandro Reina Galindo	1011207080	Hijo(a)
Angie Tatiana Triviño Galindo	1007752761	Hijo(a)

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN
POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,PARA TOMAR POSESION ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACION ☒PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE
RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	\$ 70.000.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 2.500.000,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 72.500.000,00

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Banco de Bogotá	Cuenta de ahorros	189006547	OFICINA UNICENTRO.	\$ 1.340.000,00
Banco AV Villas	Cuenta de ahorros	052918815	galerías	\$ 1.000.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
Apartamento	cra 94a 6c 18	\$ 120.000.000,00
Vehículo	rju235	\$ 41.000.000,00

FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

Nombre:	EDILMA GALINDO CASTILLO
Identificación:	52311878
Entidad:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
Cargo:	Contratista
Correo:	hedisitahedisita@hotmail.com
Tipo declaración:	Para actualizar durante la ejecución del contrato
Fecha Declaración:	10/07/25

El/la servidor/a público/a o colaborador/a, se compromete desde ya, a informar a la Administración Distrital, de los eventos o situaciones potenciales o reales que puedan llegar a ser constitutivas de conflicto de intereses, así como de actualizar esta declaración en el momento en que se presente alguna de las tipologías que dé lugar a la configuración de un conflicto de interés.

Lo anterior, en aras de resguardar el interés general propio de la función pública y que este no entré en conflicto con el interés particular, de acuerdo a lo contemplado en la Leyes: 2016 de 2020 - Código de Integridad del Servicio Público Colombiano, adoptado para el Distrito Capital mediante el Decreto Distrital 118 de 2018; 1952 de 2019, modificada por la Ley 2094 de 2021 - Código General Disciplinario; 1437 de 2011 - Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y 190 de 1995 - Estatuto Anticorrupción anterior a la Ley 1474 de 2011.

Para efectos del diligenciamiento: Para actualizar durante la ejecución del contrato

Para el efecto manifiesto bajo la gravedad del juramento:

Documento electrónico: 6a1ec8a22061d590ddd1668049b31284daea13c83933f20d2118e472f557ac94

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente



Declaración de Ley 2013 de 2019

[Ver aceptación de la política de seguridad de datos](#)

[Registrar nueva Declaración Ley 2013 de 2019](#)

Recuerde verificar también si, según el [Decreto 830 de 2021](#), usted debe declarar y publicar su información financiera. En caso de que deba hacerlo, dé clic en [Declaración Decreto 830 de 2021 \(Personas Expuestas Políticamente - PEP\)](#) en el menú superior del aplicativo.

Lista Declaraciones de Ley 2013 de 2019

[Formulario 2.791.839 finalizado](#)

Acciones	Declaración No.	Entidad	Cargo/Contratista	Tipo de publicación	Fecha de creación	Fecha de publicación	
	2791839-01 Declaración inicial	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR	CONTRATISTA	PERIÓDICO	2025-07-11 09:02	2025-07-11 09:45	!

Si tiene alguna duda o presenta algún inconveniente, escríbanos a: soporteaplicativointegridad@funcionpublica.gov.co indicando su requerimiento, nombre, tipo y número de documento y teléfono de contacto.



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

1 Información general

2 Condiciones

3 Bienes y servicios

4 Documentos del Proveedor

5 Documentos del contrato

6 Información presupuestal

7 Ejecución del Contrato

8 Modificaciones del Contrato

9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización? ☐ Sí ☒ No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
------------	-------------------	------------------	--------------------	---------------------------	--------

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	CUENTA DE COBRO MES DE ENERO 2025 EDILMA GALINDO CTO 3130-2025.pdf	CUENTA DE COBRO MES DE ENERO 2025 EDILMA GALINDO CTO 3130-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MES FEBRERO 2025 EDILMA GALINDO CTO 3130-2025.pdf	CUENTA DE COBRO MES FEBRERO 2025 EDILMA GALINDO CTO 3130-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MES DE MARZO 2025 EDILMA GALINDO CTO 3130-2025.pdf	CUENTA DE COBRO MES DE MARZO 2025 EDILMA GALINDO CTO 3130-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

☐	CUENTA DE COBRO MES DE ABRIL 2025 EDILMA GALINDO CTO 3130-2025.pdf	CUENTA DE COBRO MES DE ABRIL 2025 EDILMA GALINDO CTO 3130-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MES DE MAYO 2025 EDILMA GALINDO CTO 3130-2025.pdf	CUENTA DE COBRO MES DE MAYO 2025 EDILMA GALINDO CTO 3130-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MES DE JUNIO 2025 EDILMA GALINDO CTO 3130-2025.pdf	CUENTA DE COBRO MES DE JUNIO 2025 EDILMA GALINDO CTO 3130-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo



No. de autorización

52525863

Valor

\$ 669.000

Aportante

Edilma Galindo Castillo
CC 52311878

Planilla

Planilla Asistida Operador SOI
Julio 2025

Desde

Ahorros No. **** 8815

IP

191.156.237.29

**Identificador
dispositivo**

F4F43908-F398-477D-B047-
6A79D63D03E3

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	\$ 346.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 2.400	\$ 0	\$ 346.000	\$ 2.400	\$ 348.400
SUBTOTALES:										\$ 346.000	\$ 2.400	\$ 348.400

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	
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 270.300		\$ 0	\$ 1.900	\$ 0	\$ 270.300	\$ 1.900	\$ 0	\$ 272.200
SUBTOTALES:									\$ 270.300					\$ 270.300	\$ 1.900	\$ 0	\$ 272.200

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
14-11	14-11 - ARL SURA	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 52.700	\$ 52.700	\$ 400	\$ 0	\$ 53.100
SUBTOTALES:									\$ 52.700	\$ 400	\$ 0	\$ 53.100

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																				
DATOS DEL COTIZANTE								NOVEDADES														SEGURIDAD SOCIAL																PARAFISCALES														
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN				SEGURIDAD SOCIAL				SALUD				ARP				DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU			
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE			ADMIN	DÍAS COT					IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	CC 52311878	GALINDO CASTILLO EDILMA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		\$ 2.162.000			NO																		230201-PROTECCIÓN	30	\$ 2.162.000	\$ 346.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 346.000	EPS017-FAMISANAR	30	\$ 2.162.000	\$ 270.300	\$ 0	\$ 270.300	14-11 - ARL SURA	30	\$ 2.162.000	\$ 52311878	\$ 52.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL PAGADO: \$ 673.700

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	\$ 346.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 346.000	\$ 0	\$ 346.000
SUBTOTALES:										\$ 346.000	\$ 0	\$ 346.000

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
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 270.300		\$ 0		\$ 0	\$ 270.300	\$ 0	\$ 270.300
SUBTOTALES:									\$ 270.300				\$ 270.300	\$ 0	\$ 0	\$ 270.300

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
14-11	14-11 - ARL SURA	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 52.700	\$ 52.700	\$ 0	\$ 0	\$ 52.700
SUBTOTALES:									\$ 52.700	\$ 0	\$ 0	\$ 52.700

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																				
DATOS DEL COTIZANTE								NOVEDADES														SEGURIDAD SOCIAL																PARAFISCALES														
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN				SEGURIDAD SOCIAL				SALUD				ARP				DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU			
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE			ADMIN	DÍAS COT					IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	CC 52311878	GALINDO CASTILLO EDILMA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		\$ 2.162.000			NO																		230201-PROTECCIÓN	30	\$ 2.162.000	\$ 346.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 346.000	EPS017-FAMISANAR	30	\$ 2.162.000	\$ 270.300	\$ 0	\$ 270.300	14-11 - ARL SURA	30	\$ 2.162.000	\$ 52311878	\$ 52.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL PAGADO: \$ 669.000