| | | | |
|---|---|---|---|
| HJMB JULIO MÉNDEZ BARRENECHE | FORMATO INFORME DE SUPERVISOR | Código: GJC22F | Versión: 1 |
| | | FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/01/2024 | |

**CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y KEYLIN JOHANNA BOSSIO ARRIETA identificado con C.C. 1124051103**

| Fecha de Diligenciamiento: | 2025-09-01 |
|---|---|

## I. DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | |
|---|---|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| N° CONTRATO: | CD20252904 | RP: | 4741 | CDP: | 1106 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO: | 6.200.000,00 | VALOR DE HONORARIOS PERIODO: | 2.906.250,00 | | |
| FECHA DEL ACTA DE INICIO: | 2025-08-21 | FECHA DE FINALIZACION: | 2025-09-30 | | |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | MILCIADES OSORIO SANCHEZ | | | | |
| UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADO CRÍTICO | | | | |

## II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CDP - ADICION: | N/A | RP - ADICION: | N/A | VALOR CONTRATO CON ADICION: | 0,00 |

## III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

## IV. CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS

1. El contrato se encuentra debidamente legalizado: SI
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: SI
3. Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en su respectiva carpeta contractual: SI
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: SI

Teniendo en cuenta lo anterior, en mi calidad de supervisor doy visto bueno para el respectivo pago correspondiente al periodo del mes de Agosto

## V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

MILCIADES OSORIO SANCHEZ
8742789
UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADO CRÍTICO



Powered by CamScanner

KEYLIN JOHANNA BOSSIO ARRIETA
1124051103
CARRERA 18 # 23-26 ALCAZARES
3014395635
KEIIBOSSIOA.1994@GMAIL.COM

# CUENTA DE COBRO

## DATOS PERSONALES

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Diligenciamiento:** | **2025-09-01** | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS: | KEYLIN JOHANNA BOSSIO ARRIETA | | |
| DOCUMENTO: | 1124051103 | | |
| DIRECCIÓN: | CARRERA 18 # 23-26 ALCAZARES | TELÉFONO: | 3014395635 |
| CORREO ELECTRONICO: | KEIIBOSSIOA.1994@GMAIL.COM | | |

**Manifiesto bajo la gravedad del juramento que en la declaración de renta del año gravable 2024 no tomaré costos y deducciones**

## DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N° CONTRATO: | CD20252904 | | | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE. | | | | | | |
| RP: | 4741 | CDP: | 1106 | FECHA INICIO: | 2025-08-21 | FECHA FINAL: | 2025-09-30 |
| VALOR CONTRATO: | 6.200.000,00 | | | VALOR A PAGAR: | 2.906.250,00 | | |
| BANCO A CONSIGNAR: | BANCO CAJA SOCIAL | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | No. CUENTA: | 24100285310 | | |
| CDP - ADICION: | N/A | RP - ADICION: | N/A | VALOR ADICION: | 0,00 | | |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **Agosto** | | | | | | |

## FIRMA

Keilyn Bossio A.

KEYLIN JOHANNA BOSSIO ARRIETA
C.C. 1124051103 expedida en SANTA MARTA

Powered by CamScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| HJMB E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE | FORMATO INFORME DE SUPERVISOR | Código: GJC22F | Versión: 1 |
| | | FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/01/2024 | |

**CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y KEYLIN JOHANNA BOSSIO ARRIETA identificado con C.C. 1124051103**

| Fecha de Diligenciamiento: | 2025-09-01 |
|---|---|

## I. DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | |
|---|---|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| N° CONTRATO: | CD20252904 | RP: | 4741 | CDP: | 1106 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO: | 6.200.000,00 | VALOR DE HONORARIOS PERIODO: | | | 2.906.250,00 |
| FECHA DEL ACTA DE INICIO: | 2025-08-21 | FECHA DE FINALIZACION: | | | 2025-09-30 |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | MILCIADES OSORIO SANCHEZ | | | | |
| UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADO CRÍTICO | | | | |

## II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CDP - ADICION: | N/A | RP - ADICION: | N/A | VALOR CONTRATO CON ADICION: | 0.00 |

## III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

## IV. CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS

1. El contrato se encuentra debidamente legalizado: SI
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: SI
3. Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en su respectiva carpeta contractual: SI
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: SI

Teniendo en cuenta lo anterior, en mi calidad de supervisor doy visto bueno para el respectivo pago correspondiente al periodo del mes de Agosto

## V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

MILCIADES OSORIO SANCHEZ
8742789
UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADO CRÍTICO



Powered by CamScanner

| | | |
|---|---|---|
| HUJMB JULIO MENDEZ BARRENECHE | **ACTA DE INICIO** | CÓDIGO: GJC25F<br>VERSIÓN: 002<br>FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 09/1/2025<br>PÁGINA 1 de 1 |

**ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20252904 DEL 2025**

| | |
|---|---|
| **NO. DEL CONTRATO** | CD20252904 DEL 2025 |
| **NOMBRE DEL CONTRATANTE** | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | KEYLIN JOHANNA BOSSIO ARRIETA |
| **NO. DE IDENTIDAD** | 1124051103 |
| **OBJETO DEL CONTRATO** | PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA(O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO** | SEIS MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/L.. ($6200000) |
| **FORMA DE PAGO** | EL HUJMB cancelará al CONTRATISTA,2 cuotas, por valor de TRES MILLONES CIEN MIL PESOS M/I. ($3.100.000), de conformidad con el informe de la ejecución de las actividades contractuales realizadas, previa certificación de cumplimiento expedida por parte del Supervisor del contrato. |
| **PLAZO DE EJECUCIÓN** | Previa legalización del contrato sin exceder 30 de septiembre de 2025. |
| **CDP** | 1106 |
| **REGISTRO PRESUPUESTAL** | 4741 |
| **SUPERVISOR DEL CONTRATO** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN LA UNIDAD FUNCIONAL DE QUIROFANOS Y TOCOFANOS |

Entre los suscritos, **TUFITH ARTURO ATUNES CELEDON**, mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 85.455.393, obrando en calidad de **PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN LA UNIDAD FUNCIONAL DE QUIROFANOS Y TOCOFANOS** quien actúa como supervisor del contrato **CD20252904** por otra parte **KEYLIN JOHANNA BOSSIO ARRIETA** en calidad de contratista quienes se reúnen para dar inicio al contrato en mención, cuyo objeto es el mencionado en la parte superior del presente documento.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta a los 21 Días, del mes de AGOSTO del año 2025.

SUPERVISOR.

**TUFITH ARTURO ATUNES CELEDON**
**C.C 85.455.393**

CONTRATISTA. Keilyn Bossio A.

**KEYLIN JOHANNA BOSSIO ARRIETA**
**CC 1124051103**

Proyectó: Maria Camila De Alba
Profesional Administrativo Enfermeria



Scanned with CamScanner

Powered by CamScanner

| | | |
|---|---|---|
| HUMB HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHEA | FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO | CODIGO GJCGF<br>VERSION 003<br>FECHADE ULTIMAREVISION 22/05/2024<br>PAGINA1 de 1 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE Y<br>KEYLIN JOHANNA BOSSIO ARRIETA<br>CON C.C.N 1124051103 | | | | |
| I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE. | | | |
| CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | | CD20252904 | DE FECHA INICIO | 21/06/2025 |

| ITEM | II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO |
|---|---|
| 1 | Planear, organizar, dirigir, realizar las gestiones necesarias para lograr el funcionamiento de los servicios de acuerdo a los planes y programas establecidos. |
| 2 | Realizar Rondas de Seguridad de Paciente diaria: Identificación de paciente, Venopunciones, Equipos invasivos, segregación de residuos hospitalarios, orden y aseo de los servicios |
| 3 | Verificar la aplicación de listas de chequeo para el control en la prevención de infecciones y procesos básicos de Enfermería. |
| 4 | Velar por el cumplimiento de los protocolos, procesos y formatos de los diferentes servicios, ejemplo, el ingreso y salida de los auxiliares de enfermería. |
| 5 | Comprobar la realización de la asepsia en los diferentes servicios y que se encuentre bien organizado los sitios de trabajo. |
| 6 | Vigilar y controlar el uso adecuado de los registros de enfermería (expediente clínico, censo, registros estadísticos, planes de asignación, rotación, etc.) y asegurar la actualización diaria de los registros en el tablero de camas reservadas. |
| 7 | Detectar la necesidad de material/equipo de los servicios y gestionar la adquisición. |
| 8 | Verificar que se cumpla con la notificación inmediata de los eventos adversos y/o incidentes que se presenten en la atención del paciente |
| 9 | Verificación de la preparación adecuada de los estudios y cirugía. |
| 10 | Verificar el registro de las curaciones de las enfermeras asistenciales |
| 11 | Asistir a las reuniones y rondas médicas y de enfermería de su área para estar al tanto del proceso de atención y cuidado de los pacientes. |
| 12 | Realizar la Notificación de daños y realizar ronda conjuntamente con el área de mantenimiento. |
| 13 | Informar por escrito, diariamente a coordinación los inconvenientes presentados en cada servicio |
| 14 | Proporcionar atención de enfermería a pacientes hospitalizados según las necesidades físicas, fisiológicas, psicológicas y sociales según los establecido en el plan de atención de enfermería |
| 15 | Apoyar en el Manejo y control de material y equipo en la atención del paciente |
| 16 | Diligenciar y entregar historias clínicas a facturación de paciente que tengan egresos en el orden establecidos. |
| 17 | Cumplir con el diligenciamiento de los RIPS, formatos, instrumentos de control, seguimiento, evaluación, de la E.S.E. |
| 18 | Verificar el correcto diligenciamiento del formato de SIVIGILA |
| 19 | Actualizar Kardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo a los cambios efectuados por médico tratante en la evolución y ordenes médicas, en los diferentes turnos (corrido, noche) etc |
| 20 | Administración de medicamentos de acuerdo al protocolo institucional. |
| 21 | Supervisar y cumplir con la correcta segregación de los elementos de protección personal y manejo de ropa sucia. |

Powered by CamScanner

| | |
|---|---|
| 22 | Debe realizar un informe detallado sobre las actividades realizadas y el cumplimiento de las mismas, según la secuencia establecida por la Unidad Funcional de Enfermería |
| 23 | Apoyar en la supervisión e inspección oportuna al carro de paro, equipos biomédicos con los que cuenta el servicio, hacer las respectivas anotaciones a que hallan lugar sea diaria y quincenal |
| 24 | Gestionar la información, y/o documentos físicos, órdenes de procedimientos que se genere en el servicio de acuerdo a la necesidad del paciente y normatividad. |
| 25 | Garantizar que la prestación de servicio objeto del contrato cumplan estrictamente con las características y referencias descritas en el presente documento, las cuales se deben ajustar a las normas de calidad de conformidad con lo establecido por la E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche. Adicionalmente la garantía de los servicios ofrecidos debe permitir que estos mantengan su calidad e idoneidad. |
| 26 | Cumplir con lo establecido en la resolución 3280 de 2018, de manera que se garantice la efectiva y oportuna atención definida en la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal, Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna y Estrategia Hospital Padrino, según su competencia. |
| 27 | Capacitar al personal asistencial (enfermeras) sobre colocación de implante sub dérmico y aplicación de métodos de anticoncepción. |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | **4614407405** | **OPERADOR:** | **SOI** |
| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHADE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
| **SALUD:** | **SALUD TOTAL** | **22/08/2025** | **178.000** |
| **PENSIÓN:** | **COLPENSION** | **22/08/2025** | **227.800** |
| **RIESGOS LABORALES:** | **POSITIVA** | **22/08/2025** | **34.700** |

**IV.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 por el valor que exige la Ley, pago del cual anexo copia simple.
3.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

**V. 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

| | |
|---|---|
| **FIRMA DEL CONTRATISTA:** | Keilyn Bossio A |
| **Nº. IDENTIFICACIÓN:** | 1124051103 |

Powered by CamScanner

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1124051103 |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | | | KEYLIN JOHANNA BOSSIO ARRIETA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | SANTA MARTA | DEPARTAMENTO: | MAGDALENA |
| DIRECCIÓN: | MZ O CASA 2 BARRIO ASOCOIN | TELÉFONO: | 4205260 |
| TIPO APORTANTE: | 03-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONÓMICA: | Comercio al por mayor de computadores, equipo per |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | UNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | 46144074 05 | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES | | |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES julio AÑO 2025 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES julio AÑO 2025 | | |
| DÍAS DE MORA: | 18 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2025/08/22 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 99837383 62 | | |

### 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 |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 227.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 2.600 | $ 0 | $ 227.800 | $ 2.600 | $ 230.400 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 227.800 | $ 2.600 | $ 230.400 |

### 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 APORTES | COTIZACIÓN | VALOR APORTES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS002 | EPS002 SALUD TOTAL | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 173.000 | $ 0 | $ 2.100 | $ 0 | $ 175.000 | $ 2.100 | $ 0 | $ 180.100 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 175.000 | $ 2.100 | $ 0 | $ 180.100 |

### 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 |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | | $ 34.700 | $ 34.700 | $ 400 | $ 0 | $ 35.100 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 34.700 | $ 400 | $ 0 | $ 35.100 |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | AUTORIZA TRIBUTARIA | IGE | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | CON | IGE | LMA | VAC | P/P | VCT | IRP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | PENSIÓN FSP SUBSISTENCIA | PENSIÓN FSP SOLIDARIDAD | APORTE S) VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTE S) VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR APORTES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 1124051103 | BOSSIO ARRIETA KEYLIN JOHANNA | INDEPENDIENTE CON CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.423.500 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | 1.423.500 | $ 227.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 227.800 | EPS002 SALUD TOTAL | 30 | 1.423.500 | $ 173.000 | $ 0 | $ 175.000 | 14-23 POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | 1.423.500 | $ 1124051.110 | $ 34.700 | 30 | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 445.600**

Planilla Pagada



Powered by CamScanner