Ocaña, 3 de SEPTIEMBRE de 2025

Señores:
ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES

Asunto: PRESENTACIÓN DE CUENTA.

HECTOR MANUEL SANABRIA RAMIREZ, identificado (a) con la cédula de ciudadanía 91498293 expedida BUCARAMANGA, me permito mediante el presente escrito, presentar los documentos que se anexan a la presente para que sean revisados por quien corresponda en la ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares, con base a los siguientes datos, a saber:

VALOR DEL CONTRATO	QUINCE MILLONESES SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS
VALOR CUENTA A PRESENTAR	5.250.000
PERIODO DEL SERVICIO PRESTADO	**DEL 12 DE AGOSTO AL 11 DE SEPTIEMBRE DE 2025**
SUPERVISOR DEL CONTRATO	HOLGER ALEXIS SANTOS MALDONADO

Se presentan como soporte de la cuenta correspondiente, los siguientes documentos:

	CONTRATISTA	
SOPORTES	**APLICA**	**CUMPLE**
1. Factura Electrónica	NO	
2.Cuenta de Cobro	SI	X
3. Informe de Actividades	SI	X
4. Pago de la Planilla de seguridad social	SI	X

Atentamente,

Hector Manuel Sanabria Ramirez

HECTOR MANUEL SANABRIA RAMIREZ
CC. 91498293 BUCARAMANGA

ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES
NIT 890.501.438-1

CUENTA DE COBRO No. 01
CONTRATO No 784-2025

DEBE A:
HECTOR MANUEL SANABRIA RAMIREZ
CC 91498293

LA SUMA DE:
CINCO MILLONES DOCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS MCTE.
($5.250.000)

PERIODO:
DEL 12 DE AGOSTO AL 11 DE SEPTIEMBRE DE 2025

POR CONCEPTO DE: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES ODONTOLOGICOS PARA LA IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA DE LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD PARA CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 1397 DE 2024 EN EL MUNICIPIO DE TEORAMA Y SUS ZONAS DE INFLUENCIA DEFINIDAS PARA LA IMPLEMENTACION DE LA RESOLUCION Y LOS LINEAMIENTOS EXPEDIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SICIAL PARA ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES.

Cordialmente,

Hector Manuel Sanabria Ramirez.

HECTOR MANUEL SANABRIA RAMIREZ
C.C. 91498293
CELULAR: 3166672738
CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA N° CUENTA 814-489908-51

INFORME DE ACTIVIDADES

INFORMACIÓN GENERAL			
NOMBRE	**HECTOR MANUEL SANABRIA RAMIREZ**	**CÉDULA**	**91498293**
SUPERVISOR	SUBGERENCIA CIENTIFICA	**SERVICIO/ÁREA**	H.E.Q.C. – PROGRAMA EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD – MUNICIPIO DE TEORAMA
PERFIL	**ODONTOLOGO**	**PERIODO DEL INFORME**	DEL12 DE AGOSTO AL 11 DE SEPTIEMBRE DE 2025
No. CONTRATO	784-25		
OBJETO	**PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES ODONTOLOGICOS PARA LA IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA DE LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD PARA CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 1397 DE 2024 EN EL MUNICIPIO DE TEORAMA Y SUS ZONAS DE INFLUENCIA DEFINIDAS PARA LA IMPLEMENTACION DE LA RESOLUCION Y LOS LINEAMIENTOS EXPEDIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SICIAL PARA ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES.**		
VIGENCIA	3 MESES		

CONTROL DE ACTIVIDADES

1. **OBLIGACIONES ESPECIFICAS**

ACTIVIDAD EJECUTADA: Identificar las condiciones y prioridades de la población con relación a salud oral a nivel individual, familiar y los hogares. Tamizaje de la población.

1. **EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD**



2. **OBLIGACIONES ESPECIFICAS**

2. **ACTIVIDAD EJECUTADA,** Elaborar planes de higiene oral según ciclo de vida y condiciones identificadas

3. **EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD**



*FLUOR DE 1 A 17 AÑOS
*SELLANTES 3 A 15 AÑOS
*DETARTRAJE 12 AÑOS EN ADELANTE SEGÚN NECESIDAD
*CONTROL DE PLACA
.1 A 17 AÑOS CADA 6 MESES

3. OBLIGACIONES ESPECIFICAS

2 ACTIVIDAD EJECUTADA, Brindar educación para la salud e información orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de sí mismo de los demás y de su entorno.

ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES	CODIGO: PRO-CE-MG-08-F001
PROCESO GESTION DEL RIESGO	VERSIÓN: 01
LISTA DE ASISTENCIA EDUCACION A USUARIOS	PÁGINA: 1 de 1

TEMATICA: Tecnica cepillado.

FECHA: 13 - Agosto 25.

LUGAR:

CITADA POR:

No.	NOMBRE COMPLETO	Nº IDENTIFICACION	TELEFONO	EPS	FIRMA
1	David Jose Urbina Bacuna	1093 935 192		Confamiliar	Chenis Urbina
2	Greiyerson enrique Perez	1033 94. 78		Confamiliar	Victor Perez
3	Nicolas Julio Aragadora	1326 96 73			
4	Doris Ashley Area	678 1738	318 320 98 47	Nuevo EPC	Doris
5	Francisco Kasikorpechpsb	678 34 32	318 320 46 47	Confamiliar	Dario
6	Isaura Kps. Korpachpsb	678 17 09	318 320 46 47	Confamiliar	Dario
7	Gabriela Kasikorpachpsb	678 3120	312 51 66 708	Nuevo EPC	Gabriela
8	David Kasikorpachpsb	1093 933 508	3125166708	Confamiliar	Gabriela
9	Diego Asprilla Cuepusce	94 029 618	313 34 28894	Confamiliar	Alvaro Cuadrado
10	Maribel Yarusa. A	610 6964		Confamiliar	Maria Isabel Asprilla
11	Julian Jose Bacuna Z	1093 908 272	3202346054	Nuevo EPC	Julian Bacuna
12					
13					
14					
15					

Autorización para el tratamiento de datos: En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales", de conformidad con lo señalado en el capítulo 25 del Decreto 1074 de 2015, se informa al usuario que la información recolectada, tiene como finalidad apoyar el cumplimiento de la misionalidad institucional, así mismo se informa que la información suministrada será tratada por el Hospital Emiro Quintero Cañizares como responsable del tratamiento, conforme a la política de Tratamiento y Protección de Datos Personales publicada en el portal WEB institucional: sitio http://www.heqc.gov.co/, por lo tanto la HEQC garantizará la confidencialidad, privacidad, seguridad y circulación restringida de los datos personales. Diligenciando el formato acepto el registro y uso de mis datos personales, como estipula en el aviso de privacidad.

E.S.E HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES

LISTADO DE ASISTENCIA USUARIOS

FECHA: 11 FEB 125

SEDE: | LUGAR: Shabarburra | PROCESO:

TEMA A TRATAR:

OBJETIVO:

NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD	IDENTIFICACION	FIRMA
Doris Jaggeri Barbanda	Sanitas	60436691	
andri Noibet Bachiburi	Sanitas	1013718436	
Alonso Barbiburi	Sanitas	88148877	
Maria José Arregoces	Contributivo	1014083	
Obiel Abea Arregoces	Contributivo	1093933044	
Iahi Adriel Arzuaga Chimarro	Contributivo	1093932498	
Kelly Brizadora Saggero	Sanitas	1013922438	
Raigen Rafel Unsuy B	No tiene	1093926919	
Charloth Unsuy Brizadora	Sanitas	1093918833	
Tristan Javier Cochirchimarro	Contributivo	1013935160	
Daili Barbiburi Saggero	Sanitas	1093905311	
Cheila Cristal Barbiburi	Contributivo	1013934911	
Eduardo Daniel Chimarro	Contributivo	1093931651	
Luis Uzhi Arzuaga Chimarro	Contributivo	1093127333	
Abrahiel Abea Arregoces	Nuevo EPS	1093933334	
Heredado Arregoces Arabadiran	Contributivo	1093911421	
Dylan Brayden Barbadiran	Famar	1013926213	
Dylan Brandonsiba Barbadiran	Famar	1013930368	
Owin Asgaiva Saggero	Contributivo	1093912882	
Yuriana del Valle Fontalvo	No tiene	29358106	
Adilen Yoli Arabadiran Arregoces	No tiene	31960316	
Alejandra Barbiburi Saggero	Sanitas	1005044923	
Jeiren Julissa Cochirchimarro	Sanitas	1013922724	
Yerik Jamir Cochirchimarro	Sanitas	1093921833	

RESPONSABLE

CARGO:

Escaneado con CamScanner

	ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CANIZARES	CÓDIGO: FOR-CE-002
	PROCESO DE CONSULTA EXTERNA	VERSIÓN: 02
	Formato Consentimiento Informado de actividades de promoción y mantenimiento de la salud	VIGENCIA: 07/05/2021
		Página 1 de 2

1. INFORMACIÓN GENERAL

SUBPROCESO: Consulta externa odontológica

CONSENTIMIENTO INFORMADO - ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD
De acuerdo a la 35 de 1989 código odontologico y a lo reglamentario en el decreto 049 de 1990

NOMBRE DEL PACIENTE:	DAVID JOSE URBINA	HISTORIA CLINICA Nº:	1093951882
EDAD:	2	ACUDIENTE – RESPONSABLE:	charis urbina

1. CONTROL DE PLACA BACTERIANA Y PROFILAXIS

En pleno uso de sus facultades mentales, libre y consiente, el paciente o acudiente responsable declara que se ha le informado que el procedimiento que va a recibir requiere la aplicación de unas gotas en los dientes lo cual tiene como objetivo la pigmentación de la placa bacteriana presente en los dientes, esta sustancia coloreara de rojo o azul intenso aquellas zonas de donde está presente la placa bacteriana que es una película transparente compuesta de restos de comida, bacterias y saliva que está pegada a los dientes o en los tejidos blandos de la boca y quien ayuda a producir la caries dental y enfermedades de las encías la cual se acumula por un cepillado deficiente; luego se realizará una profilaxis hasta eliminar toda placa bacteriana presente en ese momento y dan instrucciones verbales y escritas de cuidados y el mantenimiento de dientes limpios y sanos. Este procedimiento se realiza en personas de 1 a 17 años 2 veces al año, cada 6 meses, entre los 18 y 28 años 1 vez al año y de 28 años en adelante 1 vez cada 2 años.

FECHA: 13/08/25

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE: charis urbina

DOCUMENTO: 1093 951 882 HUELLA

FIRMA Y SELLO DEL ODONTOLOGO: Hector Sanchez.

2. APLICACIÓN DE FLUOR

En pleno uso de sus facultades mentales, libre y consiente, el paciente o acudiente responsable declara que se ha le informado que el procedimiento que va a recibir requiere la aplicación de fluoruro de sodio en forma de (eliminar de gel o barniz), que este es un material odontológico que se aplica sobre los dientes para fortalecerlos y darle mayor resistencia al ataque de los ácidos que produce la caries dental, se aplicara después de haber realizado una profilaxis dental; la cantidad aplicada no tiene efectos secundarios, que solo la ingesta de una gran cantidad podría producir vómito, diarrea, nauseas e intoxicación, cosa que en este caso no sucederá. Que una vez sea aplicado debo seguir algunas recomendaciones para lograr el efecto deseado: solo a niños y jóvenes entre 1 a 17 años, cada 6 meses, no comer nada las siguiente 2 horas, no cepillarse los dientes por el resto del día para no retirar el material de los dientes, no comer alimentos pegajosos ni duros, no consumir lácteos(leche, yogurt, queso) el resto del día, en el caso del flúor barniz, los dientes mantendrán un color ligeramente amarillo que es flúor adherido al diente hasta el próximo cepillado.

FECHA: 13/08/25

FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE: charis urbina

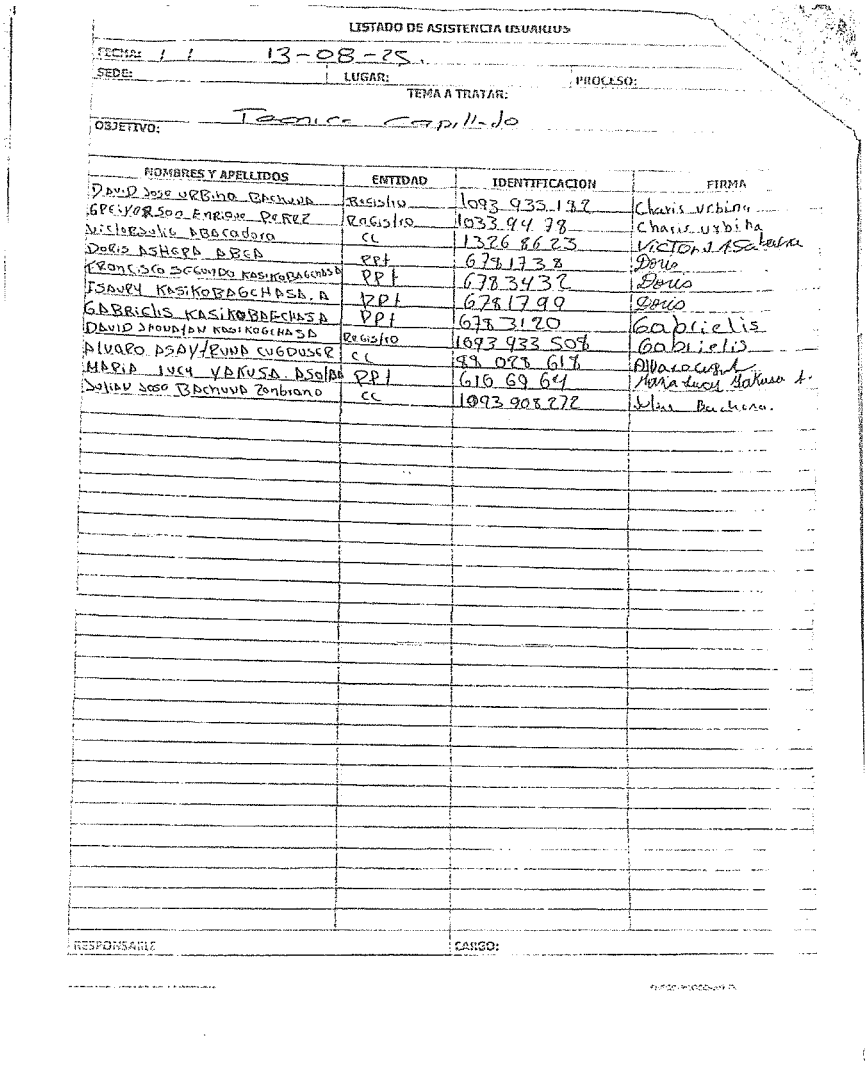
DOCUMENTO: 1093 951 882 HUELLA

FIRMA Y SELLO DEL ODONTOLOGO: Hector Sanchez

4. EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD

3 OBLIGACIONES ESPECIFICAS Promover en mejorar la salud bucodental.

2. ACTIVIDAD EJECUTADA, EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD



LISTADO DE ASISTENCIA USUARIOS

FECHA: 13-08-25

SEDE: LUGAR: PROCESO:

TEMA A TRATAR:

OBJETIVO: Tecnica Cepillado

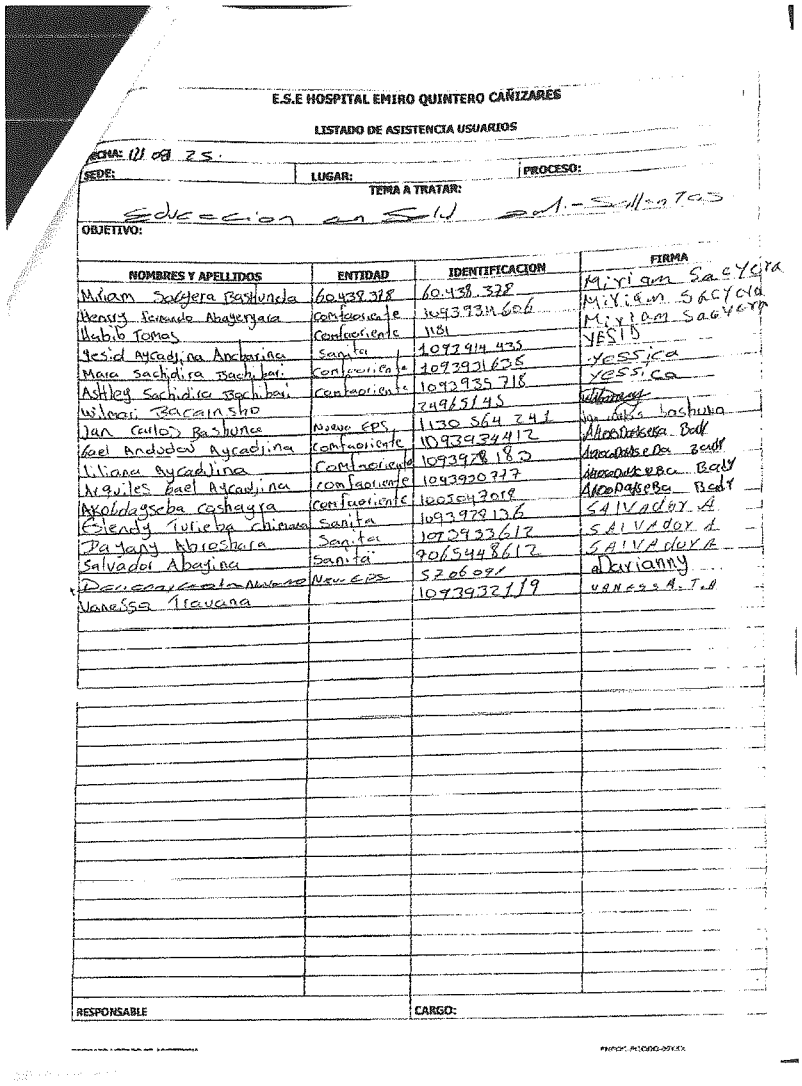
NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD	IDENTIFICACION	FIRMA
David Jose URBINA BACHATA	Registro	1093 935 132	Charis urbina
GREGORIO Enrique PEREZ	Registro	1033 94 78	Charis urbina
Victoria ABARCADORA	CC	1326 86 23	VICTORIA Sabeta
Doris ASHQRA ARCA	PPT	6781738	Doris
FRANCISCO SEGUNDO KASIKOBAGCHASA	PPT	6783432	Doris
JOANNY KASIKOBAGCHASA. A	PPT	6781799	Doris
GABRIELIS KASIKOBAGCHASA	PPT	6783120	Gabrielis
DAVID SANDIAN KASIKOGCHASA	Registro	1093 933 506	Gabrielis
ALVARO ASAY/RUNA CUGDUSER	CC	99 093 617	Alvaro Cugduser
MARIA INES YARUSA ASOLAC	PPT	616 69 64	Maria Ines Yaruse A.
Soliby Sego BACHUNA Zambrano	CC	1093 908 272	Soliby Bachuna.

RESPONSABLE: CARGO:

5. **OBLIGACIONES ESPECIFICAS**

2. **ACTIVIDAD EJECUTADA,** Contribuir a la salud general y el bienestar de las personas, familias.

6. **EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD**



E.S.E HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES

LISTADO DE ASISTENCIA USUARIOS

FECHA: 11 08 25.

SEDE: | LUGAR: | PROCESO:

TEMA A TRATAR: Educacion en Salud en Salud

OBJETIVO:

NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD	IDENTIFICACION	FIRMA
Miriam Sagbera Bastidas	6043938	60.438.328	Miriam Sagbera
Henry Fernando Abagerara	Contributivo	1093934606	Miriam Sagbera
Habib Tomas	Contributivo	1181	YESIS
Yesid Aycadjina Anchurina	Sanitas	1092914435	YESSICA
Maira Sachidira Bachobai	Contributivo	1093921675	YESSICA
Ashley Sachidira Bachobai	Contributivo	1092935718	
Wilmar Bacamsho		24965145	
Jan Carlos Bastidas	Nueva EPS	1130564741	
Jael Andoden Aycadjina	Contributivo	1093934412	
Liliana Aycadjina	Contributivo	1093978182	
Arquiles Jael Aycadjina	Contributivo	1093920777	
Akoldagseba Cashagra	Contributivo	1005542019	
Elendy Turieba Chimana	Sanitas	1093979126	SALVADOR A
Payany Abreshura	Sanitas	1092933617	SALVADOR A
Salvador Abagina	Sanitas	906544617	SALVADOR A
Deniscastro Nuevo	Nueva EPS	5206091	Adrianny
Vanessa Trejana		1093932179	VANESSA T.A

RESPONSABLE | CARGO:

6. **OBLIGACIONES ESPECIFICAS**

1. **ACTIVIDAD EJECUTADA** Atender a pacientes y grupos familiares.

7. **EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD**



7. **OBLIGACIONES ESPECIFICAS**

2. **ACTIVIDAD EJECUTADA** Detectar y eliminar caries
8. **EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD**



DAVID JOSE URBINA	CEDULA	1093935182	09/06/89	Preferencial	20				X	X	X		CHUBBARENA		Chavis urbina
GREIVER JOSE PEREZ	CEDULA	10329478	11/06/89							X			CHUBBARENA		Chavis urbina
VICTOR JULIO ARRIETA	CEDULA	13268683	05/06/89	Preferencial	24	5	3		X	X			CHUBBARENA		VICTOR J ARRIETA
Y DORIS ASHERA	PPT	6781738	06/12/13	NUEVO CP3	16	6	9		X	X			CHUBBARENA		Doris
X FRANCISCO KOSMOBRE CHASA	PPT	6783432	13/6/14	Preferencial Conforme	11	2	2		X				CHUBBARENA		Doris
Y ISAURY KOSMOBRE CHASA	PPT	6781799	09/01/13	Preferencial Conforme	23	7			X				CHUBBARENA		Doris
X Gabriela	PPT	6783120	24/08/89	NUEVO EPC	31	1			X				CHUBBARENA		Gabriela

Escaneado con CamScanner

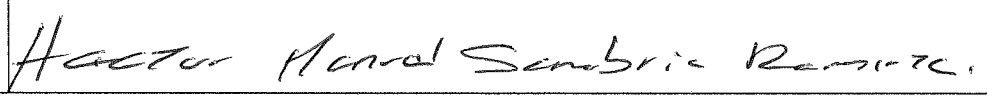
6. **OBLIGACIONES ESPECIFICAS**

1. **ACTIVIDAD EJECUTADA** Dar consejos e información sobre higiene oral. Enseñar a cepillarse los dientes.

7. **EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD**



NOMBRE ACTIVIDAD	NO APLICA
Realizar seguimiento, vigilancia alimentaria a nivel individual, colectivo.	X
Promover la salud alimentaria a través de charlas, planes, talleres.	X
formular el plan integral del cuidado primario individual, familiar y comunitario con base en los resultados de la caracterización, identificando y articulando las diferentes intervenciones a desarrollar en el sector salud y los diferentes sectores.	X
Realizar mínimo 2 seguimientos por familia al cumplimiento de acciones establecidas en el Plan de Cuidado Integral a nivel individual, familiar, colectivo.	X
Activar el mecanismo de referencia y contrarreferencia hacia servicios o intervenciones, para garantizar la continuidad e integralidad de la atención.	X
gestionar la prestación de los servicios de salud (promoción de la salud, educación, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos), de acuerdo con las necesidades identificadas, realizando la canalización a las diferentes modalidades (extramural, intramural en prestador primario o complementario y telemedicina	X
dentificar personas no afiliadas al sistema de salud y gestionar el trámite de afiliación.	X
Inducir la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública, diligenciamiento notificación del evento y seguimiento del mismo	X
Canalizar la oferta de servicios brindada por otros sectores en el territorio conforme a las prioridades y necesidades sociales de la salud identificadas	X
realizar la notificación, seguimiento de los eventos de interés en salud pública.	X
promover la lactancia materna	X
Apoyo en la atención por ciclo de vida o rutas de atención según necesidad.	X

ONTRATIASTA	
NOMBRE	**HECTOR MANUEL SANABRIA RAMIREZ**
FIRMA	

Ocaña,3 de SEPTIEMBRE de 2025

Señores

ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES

Ciudad

Referencia: Base de la retención en la fuente por rentas de trabajo diferentes a las provenientes de una relación laboral o legal y reglamentaria,

Hector Manuel Sanabria Ramirez, 91498293 identificado (a) con cedula de ciudadanía número de conformidad con los artículos 1,2.4.1.6 y 1.2.4.1.17 del decreto 1625 de 2016, manifiesto bajo gravedad de juramento que, para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente por concepto de rentas de trabajo diferentes a las provenientes de una relación laboral o legal y reglamentaria.

Se tomarán costos o deducciones asociados a las rentas de trabajo por los servicios prestados (rentas exentas numeral 10 del artículo 206 del ET)	SI	NO
	X	

Hector Manuel Sanabria Ramirez

HECTOR MANUEL SANABRIA RAMIREZ
c.c. 91498293 BUCARAMANGA

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	91498293
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			HECTOR MANUEL SANABRIA RAMIREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	OCAÑA	DEPARTAMENTO:	NORTE DE SANTANDER
DIRECCIÓN:	CRA 6 # 14-57	TELÉFONO:	6114144
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7983950730			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES agosto	AÑO 2025		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES agosto AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/08/27			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1729860933

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
230301	230301-PORVENIR	1	$ 212,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 212,800	$ 0	$ 212,800
SUBTOTALES:										**$ 212,800**	**$ 0**	**$ 212,800**

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
EPS041	NUEVA EPS CM	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 166,300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 166,300	$ 0	$ 0	$ 166,300
SUBTOTALES:													**$ 166,300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 166,300**

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
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 32,400	$ 32,400	$ 0	$ 0	$ 32,400
SUBTOTALES:									**$ 32,400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 32,400**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES						
																												PENSIÓN								SALUD						ARP					CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
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	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 91498293	SANABRIA RAMIREZ HECTOR MANUEL	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES		$ 2,100,000			NO	12																	230301-PORVENIR	19	$ 1,330,000	$ 212,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 212,800	NUEVA EPS CM	19	$ 1,330,000	$ 166,300	$ 0	$ 166,300	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	19	$ 1,330,000	91498293	$ 32,400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO:	$ 411.500