SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 5
FECHA: 2024-09-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**MARIANA DE LOS ANGELES VALDES ROMERO**			**CC:**	**1193435033**
CORREO ELECTRÓNICO:	**MARIANAVALDESR6@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3208618028**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 81A 16C 46 TO 5 AP 1309**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488428782657**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 6064 2025**	**N° CDP:**	**2547**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: TRES (3) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/08/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/10/31**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/09/01 AL 2025/09/30**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 6.000.056**					

MARIANA DE LOS ANGELES VALDES ROMERO
PS_6064_2025_0033FB

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MARIANA DE LOS ANGELES VALDES ROMERO
CC: 1193435033
CEL: 3208618028

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** AP-IA-FT-077 **VERSIÓN:** 2 **FECHA:** 2025-06-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y MARIANA DE LOS ANGELES VALDES ROMERO			
	CON C.C N°	**1.193.435.033**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - CONVENIO EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEG?N RESOLUCION 1499 26-08-2024		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 6064 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/08/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 6.000.056	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 18.000.168	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 6.000.056
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO		

ITEM	**II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO** **(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)**
1	REGISTRAR INFORMACIÓN EN LA BASE DE DATOS DE ATENCIONES EN SALUD DEFINIDA POR LA SUBRED Y DILIGENCIAR EL PLAN DE CUIDADO INDIVIDUAL CON LAS RECOMENDACIONES DEFINIDAS SEGÚN LOS HALLAZGOS Y LA CONCERTACIÓN VERIFICAR QUE LA INFORMACIÓN DE LAS ATENCIONES EN SALUD HAYA SIDO REGISTRADA CORRECTAMENTE EN LA BASE DE DATOS INSTITUCIONAL DEFINIDA POR LA SUBRED GTAPS Y DINAMICA Y ASEGURAR QUE EL PLAN DE CUIDADO INDIVIDUAL ESTÉ DILIGENCIADO CONFORME A LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS, INCLUYENDO LAS RECOMENDACIONES BASADAS EN LOS HALLAZGOS CLÍNICOS Y LA CONCERTACIÓN CON EL PACIENTE.
2	EN CASO DE IDENTIFICAR EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA, REALIZAR LA NOTIFICACIÓN AL SUBSISTEMA CORRESPONDIENTE Y NOTIFICAR AL GESTOR FAMILIAR Y/O SU EQUIPO DE APOYO. ANTE LA IDENTIFICACIÓN DE UN EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DURANTE LA ATENCIÓN O SEGUIMIENTO AL USUARIO, REALIZAR LA NOTIFICACIÓN INMEDIATA AL SUBSISTEMA CORRESPONDIENTE (COMO SIVIGILA U OTRO DEFINIDO POR LA SUBRED) SEGÚN LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS, E INFORMAR OPORTUNAMENTE . A LA PERSONA REFERENTE DEL SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA DE LA UNIDAD INFORMADORA
3	IDENTIFICAR LOS PRINCIPALES CAMBIOS EN EL DESARROLLO. REALIZAR UN SEGUIMIENTO CONTINUO Y SISTEMÁTICO PARA DETECTAR Y DOCUMENTAR LOS CAMBIOS RELEVANTES EN EL DESARROLLO INTEGRAL DEL USUARIO, CON EL FIN DE APOYAR EL DISEÑO Y AJUSTE OPORTUNO DEL PLAN DE CUIDADO O INTERVENCIÓN.
4	IDENTIFICAR OPORTUNAMENTE FACTORES DE RIESGO CON EL FIN DE PREVENIRLOS O DERIVARLOS PARA SU MANEJO OPORTUNO. REALIZAR LA DETECCIÓN OPORTUNA DE FACTORES DE RIESGO QUE PUEDAN AFECTAR LA SALUD, DESARROLLO O BIENESTAR DEL USUARIO, PARA FACILITAR SU PREVENCIÓN O DERIVACIÓN ADECUADA A SERVICIOS ESPECIALIZADOS.
5	IDENTIFICAR Y POTENCIAR CAPACIDADES, HABILIDADES Y PRÁCTICAS PARA PROMOVER EL CUIDADO DE LA SALUD. RECONOCER Y FORTALECER LAS CAPACIDADES, HABILIDADES Y PRÁCTICAS DEL USUARIO Y SU ENTORNO QUE CONTRIBUYEN AL CUIDADO Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD, PROMOVIENDO LA AUTONOMÍA Y EL BIENESTAR INTEGRAL.
6	CUANDO SE REQUIERA COMUNICACIÓN TELEFÓNICAMENTE CON ESPECIALISTAS DE LA SUBRED, QUIENES REALIZARÁN UNA TELEASISTENCIA PARA FORTALECER LA RESOLUTIVIDAD DE LOS PROFESIONALES EN CAMPO. NO SE REALIZO PARA ESTE PERIODO, ESTA ACTIVIDAD
7	ESTABLECER LA PRIORIDAD DE LA FAMILIA: ALTA, MEDIA O BAJA, SEGÚN LAS CONDICIONES CLÍNICAS DE CADA UNO DE LOS INTEGRANTES. DETERMINAR LA PRIORIDAD DE ATENCIÓN DE LA FAMILIA BASÁNDOSE EN LA EVALUACIÓN INTEGRAL DE CADA INTEGRANTE, CON EL FIN DE OPTIMIZAR LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS Y EL SEGUIMIENTO ADECUADO.
8	ASISTIR A COMITÉS DE SALUD. ASISITIR A COMITES Y/O CAPACITACIONES PROGRAMADAS DURANTE EL MES
9	ELABORAR Y CONCERTAR, EL PLAN DE CUIDADO POR INTEGRANTE DEL HOGAR. COMO PARTE DE LAS FUNCIONES DE APOYO ADMINISTRATIVO EN LA GESTIÓN SISTEMATIZACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS PLANES DE CUIDADO INDIVIDUALIZADOS, ESTO INCLUYE LA ORGANIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN, EL REGISTRO EN SISTEMAS PERTINENTES, LA PROGRAMACIÓN DE REUNIONES DE CONCERTACIÓN Y LA CUSTODIA ADECUADA DE LOS DOCUMENTOS GENERADOS.

10	ENTREGAR AL GRUPO DE GESTIÓN FAMILIAR EL REPORTE DE LAS ATENCIONES REALIZADAS POR LOS PROFESIONALES EN LA HERRAMIENTA PREVISTA PARA TAL FIN DESDE EL ROL DE APOYO ADMINISTRATIVO, ESTA FUNCIÓN IMPLICA RECOPILAR, ORGANIZAR Y REGISTRAR DE FORMA SISTEMÁTICA LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON LAS ATENCIONES REALIZADAS POR LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO. SE DEBE ASEGURAR QUE DICHA INFORMACIÓN SEA CONSOLIDADA CORRECTAMENTE EN LA HERRAMIENTA INSTITUCIONAL DISPUESTA GAPS Y DINAMICA , Y POSTERIORMENTE REMITIDA DE MANERA OPORTUNA AL GRUPO DE GESTIÓN FAMILIAR, CUMPLIENDO CON LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS Y LOS LINEAMIENTOS DE CONFIDENCIALIDAD Y CALIDAD EN EL MANEJO DE DATOS
11	REALIZAR CANALIZACIÓN SIRC (PARA USUARIOS DE OTRAS EAPB QUE NO TIENEN CONTRATO VIGENTE CON LA SUBRED). NO SE REALIZA CANALIZACION SIRC DURANTE EL MES DE AGOSTO
12	EN CASO DE QUE LA FAMILIA REPORTE QUE ALGUNO DE SUS INTEGRANTES PERTENECE A POBLACIÓN PRIORIZADA COMO MUJERES GESTANTES, NIÑOS MENORES DE CINCO (5) AÑOS, PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS, ADULTOS MAYORES, PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA, Y SUS CUIDADORES, SE DEBE PROGRAMAR UNA NUEVA VISITA EN DONDE EL USUARIO ESTE PRESENTE Y RECIBA LA ATENCIÓN EN SALUD POR PARTE DEL EQUIPO. ASEGURAR QUE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA QUE PERTENECEN A GRUPOS PRIORIZADOS RECIBAN ATENCIÓN DIRECTA Y OPORTUNA POR PARTE DEL EQUIPO DE SALUD MEDIANTE LA PROGRAMACIÓN DE VISITAS ESPECÍFICAS. LA HERRAMIENTA DE SEGUIMIENTO ES EL APLICATIVO GTAPS , ATRAVEZ DE LAS DERIVACIONES REALIZADAS POR LOS AUXILIARES DE ENFERMERIA , PROFESIONALES DE ENFERMERIA , MEDICINA Y PSICOLOGIA
13	VERIFICAR PARA TODOS LOS USUARIOS VALORADOS EN EL HOGAR QUE HAYAN ACUDIDO A TODAS LAS ATENCIONES DEFINIDAS EN EL CURSO DE VIDA POR LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018 EN EL CASO CONTRARIO, ORDENAR O CANALIZAR. CONFIRMAR QUE TODOS LOS USUARIOS VALORADOS EN EL HOGAR HAYAN ASISTIDO A LAS ATENCIONES ESTABLECIDAS PARA SU ETAPA DEL CURSO DE VIDA Y GESTIONAR ORDENES O CANALIZACIONES EN CASO DE INCUMPLIMIENTO.A TRAVEZ DE LA PREADITOIA DEL APLICATIVO GTAPS, DIAMICA GERENCIAL , CANALIZACIONES SIRC Y FACTURACION
14	EN CASO DE IDENTIFICAR POBLACIÓN SIN ASEGURAMIENTO QUE CUMPLA LOS CRITERIOS PARA AFILIACIÓN POR OFICIOS DEBE REMITIR LA INFORMACIÓN AL GRUPO FAMILIAR PARA LA GESTIÓN DE LA AFILIACIÓN DE OFICIO A TRAVÉS DEL SISTEMA DE AFILIACIÓN TRANSACCIONAL (SAT). IDENTIFICAR A LA POBLACIÓN SIN ASEGURAMIENTO QUE CUMPLE CON LOS CRITERIOS PARA AFILIACIÓN POR OFICIO Y FACILITAR LA REMISIÓN DE LA INFORMACIÓN AL GRUPO FAMILIAR PARA LA GESTIÓN A TRAVÉS DEL SISTEMA DE AFILIACIÓN TRANSACCIONAL, A TRAVEZ DE LA ARTICULACION CON LOS GESTORES DE LOS EQUIPOS MEDIANTE EL LINK : PARA DILIGENCIAMIENTO DE INFORMACION DE AFILIACION
15	ENTREGAR AL GRUPO DE GESTIÓN FAMILIAR EL REPORTE DE LAS ATENCIONES REALIZADAS POR LOS PROFESIONALES EN LA HERRAMIENTA PREVISTA PARA TAL FIN. APOYAR EN LA CONSOLIDACIÓN Y ENTREGA DE LA INFORMACIÓN SOBRE LAS ATENCIONES REALIZADAS PARA FACILITAR LA GESTIÓN FAMILIAR Y EL SEGUIMIENTO INTEGRAL.
16	EN CASO DE ENCONTRAR UNA EMERGENCIA EN CUALQUIERA DE SUS VISITAS, LOS INTEGRANTES DEL GRUPO BASE ASISTIRÁN A QUIEN LO NECESITE Y/O SOLICITARÁN APOYO AL CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS - CRUE DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD PARA REMITIR A LA PERSONA A UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD IPS QUE PUEDA ATENDERLO. BRINDAR APOYO INMEDIATO Y COORDINAR LA ATENCIÓN ADECUADA ANTE LA DETECCIÓN DE UNA EMERGENCIA DURANTE LAS VISITAS DOMICILIARIAS DONDE LOS PROFESIONAES DE ENFERMERIA REALIZAN ANTENCION PRIMARA Y LLAMADA AL 123
17	REALIZAR VALORACIONES INTEGRALES EN JORNADAS DE SALUD. CONTRIBUIR A LA REALIZACIÓN DE VALORACIONES INTEGRALES DURANTE LAS JORNADAS DE SALUD PARA DETECTAR NECESIDADES Y PROMOVER LA ATENCIÓN OPORTUNA. MEDIANTE LAS TOMAS TERRITORIALES POR LAS LOCALIDADES DE RAFAEL URIBE , SANCRISTOBAL , ANTONIO NARIÑO ,MARTIRES , SANTAFE Y ATRAVEZ DE AGENDAMIENTO Y RUTEO DE LAS MISMAS LOCALIDADES
18	REALIZAR DETECCIÓN TEMPRANA DE ALTERACIONES, FORMULACIÓN Y EDUCACIÓN EN SALUD. APOYAR LA DETECCIÓN TEMPRANA DE ALTERACIONES EN LA SALUD, LA FORMULACIÓN DE PLANES Y LA EDUCACIÓN EN SALUD PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS USUARIOS.SEGUN CURSO DE VIDA RESOLUCION 3280/2018
19	PRODUCTOS A ENTREGAR POR EL PROFESIONAL QUE REALIZA LA INTERVENCIÓN: HISTORIA CLÍNICA ESTABLECIDA EN LA SISS, DILIGENCIADA, ORDENES MÉDICAS (EN EL CASO DE QUE EL USUARIO PERTENEZCA A PNA, CAPITAL SALUD U EAPB QUE TENGA CONTRATO VIGENTE CON LA SUBRED), CANALIZACIÓN SIRC (PARA USUARIOS DE OTRAS EAPB QUE NO TIENEN CONTRATO VIGENTE CON LA SUBRED), BASE DE DATOS DEFINIDA PARA EL CONVENIO, FICHA DE NOTIFICACIÓN SEGÚN EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PUBLICA IDENTIFICADO Y PLAN DE CUIDADO FAMILIAR. APOYAR EN LA RECOPILACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE DOCUMENTOS: DINAMICA GERENCIAL , GTAPS VERIFICAR LA DOCUMENTACIÓN SEGÚN EL TIPO DE USUARIO:SE RALIZA SEGUIMIENTO A LA CALIDAD DEL DATO DESDE LA DESCARGA DE INFORMACION DEL APLICATIVO GTAPS DINAMICA GERENCIAL ACTUALIZAR BASES DE DATOS: SEGUIMIENTO DE LA CALIDAD DEL DATO S DE LAS ATENCIONES REALIZADAS POR LOS PERFILES RESOLUCCION 1499 EN LAS BASES ESTABLECIDAS PARA TAL FIN DILIGENCIAR FICHAS DE NOTIFICACIÓN: FICHA DE NOTIFICACIÓN SEGÚN EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PUBLICA IDENTIFICADO Y PLAN DE CUIDADO FAMILIAR. COLABORAR EN LA ENTREGA DEL PLAN DE CUIDADO FAMILIAR: MEDIANTE APLICATIVO GTAPS FACILITAR LA COMUNICACIÓN CON EL EQUIPO PROFESIONAL: TRANSMITIR OPORTUNAMENTE LA INFORMACIÓN Y PRODUCTOS GENERADOS PARA EL MANEJO INTEGRAL DEL USUARIO
20	REALIZAR DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL QUE ASIGNE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO BAJO EL CONVENIO DE EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEGÚN RESOLUCIÓN 1499 26-08-2024. SE REALIZAN LAS DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL QUE SEAN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO. ESTAS ACTIVIDADES SE EJECUTAN CONFORME A LO ESTABLECIDO EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL, QUE FORMA PARTE INTEGRAL DEL CONTRATO, GARANTIZANDO QUE TODAS LAS TAREAS ADICIONALES CONTRIBUYAN AL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE LA RESOLUCION 1499 Y SE DESARROLLEN BAJO CRITERIOS DE EFICIENCIA, RESPONSABILIDAD Y CUMPLIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X	
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?	X	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	X	
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?	X	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago,** ***CERTIFICO*** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2025-09-01) AL (2025-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1075627227	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/09/12	$ 297.200
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/09/12	$ 380.300
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/09/12	$ 57.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 735.400

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)
3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	*MARIANA DE LOS ANGELES VALDES ROMERO* *PS_6064_2025_0033FB* **MARIANA DE LOS ANGELES VALDES ROMERO** **CC: 1193435033**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO* *PS_6064_2025_0033FB* **BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-09-18, 08:40:52 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1075627227

Periodo Cotización: agosto de 2025 **Periodo Servicio:** agosto de 2025

PAGADO 12/09/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARIANA DE LOS ANGELES VALDES ROMERO		
Documento	CC1193435033	**Dirección**	CR 81A #16 C - 46 TORRE 5 APT 1309
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3208618028
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
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 APP	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 1193435033	MARIANA DE LOS ANGELES VALDES ROMERO	59	00	X																0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION	$ 2.376.838	$ 380.300	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 2.376.838	$ 297.200	2,436	$ 2.376.838	$ 57.900	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 735.400

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
$ 2.376.838	$ 2.376.838	$ 2.376.838	$ 0	$ 380.300	$ 297.200	$ 57.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 735.400	$ 3.400	$ 738.800

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.