



[Aumentar el contraste](#)



UTC -5 8:02:48

ANDREA ROJAS ALARCON



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 Contr...
- 9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estat

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					

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
PS_5530_2025_CUENTADE COBRO JUNIO_2025.pdf (Archivado)	PS_5530_2025_CUENTADE COBRO JUNIO_2025.pdf	Proveedor	Descargar	De
PS 5530 2025 CUENTADE COBRO JUNIO 2025.pdf (Archivado)	PS 5530 2025 CUENTADE COBRO JUNIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	De
☐ PS 5530_2025 CUENTADE COBRO JUNIO 2025.pdf	PS 5530_2025 CUENTADE COBRO JUNIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	De
☐ PS_5530_2025_CUENTA_COBRO_JULIO_2025.pdf	PS_5530_2025_CUENTA_COBRO_JULIO_2025.pdf	Proveedor	Descargar	De
☐ 1 PS 5530 2025 CRP-17135.pdf	1 PS 5530 2025 CRP-17135.pdf	Comprador	Descargar	De
☐ PS_5530_2025_AGOSTO_PLANILLASS.pdf s.pdf	PS_5530_2025_AGOSTO_PLANILLASS.pdf s.pdf	Proveedor	Descargar	De
☒ PS_5530_2025_SEPTIEMBRE_PLANILLASS s.pdf	PS_5530_2025_SEPTIEMBRE_PLANILLASS s.pdf	Proveedor	Descargar	De
		Borrar	Cargar n	

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estat

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	ANDREA ROJAS ALARCON			CC:	52238770	
CORREO ELECTRÓNICO:	anrojas2.76@gmail.com			TELÉFONO:	3134765393	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 167 51 40			CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488439066561	
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	PS 5530 2025	N° CDP:	2547	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: DIEZ (10) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/06	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					



ANDREA ROJAS ALARCON
PS_5530_2025_B04A14

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ANDREA ROJAS ALARCON
CC: 52238770
CEL: 3134765393

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

ANDREA ROJAS ALARCON

CON C.C N°

52.238.770

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 5530 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/06
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 18.000.168	No. HORAS EJECUTADAS	184
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 27.456.778	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 6.000.056
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) 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	DISEÑO DEL PLAN DE CUIDADO: SE ELABORAN INTERVENCIONES ESPECÍFICAS PARA CADA INTEGRANTE, BASADAS EN SUS NECESIDADES PARTICULARES (EJ. CONTROL DE ENFERMEDADES, EDUCACIÓN EN SALUD, AUTOCUIDADO, ADHERENCIA A TRATAMIENTOS, HÁBITOS SALUDABLES).
2	IDENTIFICAR EL EVENTO: DETECTAR SIGNOS, SÍNTOMAS O SITUACIONES QUE CORRESPONDAN A UN EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA (EISP), SEGÚN LINEAMIENTOS VIGENTES. REGISTRAR LA INFORMACIÓN: DOCUMENTAR TODOS LOS DATOS RELEVANTES DEL CASO (NOMBRE, EDAD, SÍNTOMAS, FECHA DE INICIO, ETC.). NOTIFICAR AL SUBSISTEMA CORRESPONDIENTE: REPORTAR EL EVENTO DE FORMA INMEDIATA AL SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA (SIVIGILA U OTRO DEFINIDO POR LA SUBRED).
3	IDENTIFICAR LOS PRINCIPALES CAMBIOS EN EL DESARROLLO: OBSERVAR EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO FÍSICO, EMOCIONAL Y COGNITIVO SEGÚN LA EDAD. COMPARAR CON LOS HITOS ESPERADOS PARA DETECTAR RETRASOS O ALTERACIONES. REGISTRAR Y COMUNICAR HALLAZGOS RELEVANTES
4	IDENTIFICAR OPORTUNAMENTE FACTORES DE RIESGO: EVALUAR CONDICIONES DEL ENTORNO, HÁBITOS, ANTECEDENTES FAMILIARES Y ESTADO DE SALUD. DETECTAR RIESGOS BIOLÓGICOS, SOCIALES O AMBIENTALES. BRINDAR RECOMENDACIONES O DERIVAR AL SERVICIO CORRESPONDIENTE PARA SU ATENCIÓN OPORTUNA
5	FORTALECER ESAS CAPACIDADES MEDIANTE ORIENTACIÓN, EDUCACIÓN Y REFUERZO POSITIVO. MOTIVAR LA PRÁCTICA CONSTANTE DE HÁBITOS SALUDABLES Y LA PARTICIPACIÓN ACTIVA EN SU AUTOCUIDADO Y BIENESTAR FAMILIAR.
6	CONTACTAR AL ESPECIALISTA DE LA SUBRED CUANDO SE NECESITE APOYO PARA RESOLVER UN CASO EN CAMPO. EXPONER LA SITUACIÓN CLÍNICA DE FORMA CLARA Y PRECISA. RECIBIR ORIENTACIÓN EN TIEMPO REAL (TELEASISTENCIA) PARA APOYAR EL MANEJO DEL CASO. APLICAR LAS RECOMENDACIONES DADAS Y REGISTRARLAS EN LA ATENCIÓN
7	VALORAR EL ESTADO DE SALUD DE CADA INTEGRANTE DEL HOGAR (SIGNOS, SÍNTOMAS, ENFERMEDADES, FACTORES DE RIESGO). ANALIZAR EL CONTEXTO FAMILIAR (ACCESO A SERVICIOS, APOYO SOCIAL, CONDICIONES DEL ENTORNO). CLASIFICAR LA PRIORIDAD DEL HOGAR COMO ALTA, MEDIA O BAJA, SEGÚN LA GRAVEDAD Y URGENCIA DE LAS NECESIDADES. REGISTRAR LA PRIORIDAD PARA PLANEAR EL SEGUIMIENTO Y LAS INTERVENCIONES NECESARIAS.
8	ATENCIÓN A POBLACIÓN PRIORIZADA: EN CASO DE QUE LA FAMILIA REPORTE QUE ALGUNO DE SUS INTEGRANTES PERTENECE A UNA 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 LA CUAL EL USUARIO ESTÉ PRESENTE Y RECIBA ATENCIÓN EN SALUD POR PARTE DEL EQUIPO.
9	CERIFICAR ATENCIONES POR CURSO DE VIDA: REVISAR SI CADA USUARIO VALORADO HA RECIBIDO LAS ATENCIONES QUE LE CORRESPONDEN SEGÚN SU EDAD, SEGÚN LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018. SI NO LAS HA RECIBIDO, ORDENAR O REMITIR.
10	ACCIÓN DE ENFERMERÍA PARA POBLACIÓN SIN ASEGURAMIENTO: SI IDENTIFICA PERSONAS SIN ASEGURAMIENTO QUE CALIFICAN PARA AFILIACIÓN DE OFICIO, ENFERMERÍA DEBE ENTREGAR LA INFORMACIÓN AL GRUPO FAMILIAR PARA QUE GESTIONEN LA AFILIACIÓN POR EL SISTEMA DE AFILIACIÓN TRANSACCIONAL (SAT).

11	ENTREGA DE REPORTE AL GRUPO DE GESTIÓN FAMILIAR: RECOLECTAR EL REPORTE DE LAS ATENCIONES REALIZADAS POR LOS PROFESIONALES. VERIFICAR QUE LA INFORMACIÓN ESTÉ COMPLETA Y ACTUALIZADA. ENTREGAR EL REPORTE AL GRUPO DE GESTIÓN FAMILIAR USANDO LA HERRAMIENTA PREVISTA PARA TAL FIN. CONFIRMAR LA RECEPCIÓN Y RESOLUCIÓN DE DUDAS SI LAS HAY.
12	ACTUACIÓN ANTE EMERGENCIAS EN VISITAS: SI DURANTE UNA VISITA SE IDENTIFICA UNA EMERGENCIA, LOS INTEGRANTES DEL GRUPO BASE DEBEN ASISTIR INMEDIATAMENTE A LA PERSONA AFECTADA. SOLICITAR APOYO AL CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS (CRUE) DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. COORDINAR LA REMISIÓN DEL PACIENTE A UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD (IPS) QUE PUEDA ATENDER LA EMERGENCIA. ASEGURAR EL SEGUIMIENTO HASTA QUE LA PERSONA RECIBA LA ATENCIÓN REQUERIDA.
13	SIN CONTRATO VIGENTE: IDENTIFICAR USUARIOS QUE PERTENECEN A OTRAS EAPB Y QUE NO TIENEN CONTRATO VIGENTE CON LA SUBRED. REALIZAR LA CANALIZACIÓN A TRAVÉS DEL SISTEMA INTEGRADO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA (SIRC). ASEGURAR QUE EL USUARIO RECIBA LA ATENCIÓN NECESARIA EN LA RED CORRESPONDIENTE. DOCUMENTAR LA CANALIZACIÓN Y HACER SEGUIMIENTO AL CASO.
14	SIN CONTRATO VIGENTE: IDENTIFICAR USUARIOS QUE PERTENECEN A OTRAS EAPB Y QUE NO TIENEN CONTRATO VIGENTE CON LA SUBRED. REALIZAR LA CANALIZACIÓN A TRAVÉS DEL SISTEMA INTEGRADO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA (SIRC). ASEGURAR QUE EL USUARIO RECIBA LA ATENCIÓN NECESARIA EN LA RED CORRESPONDIENTE. DOCUMENTAR LA CANALIZACIÓN Y HACER SEGUIMIENTO AL CASO
15	SE REALIZA UNA EVALUACIÓN DEL ESTADO DE SALUD FÍSICO, EMOCIONAL Y SOCIAL DE CADA MIEMBRO DEL HOGAR, IDENTIFICANDO RIESGOS, ENFERMEDADES CRÓNICAS, DISCAPACIDADES O NECESIDADES ESPECIALES.
16	REGISTRO Y SEGUIMIENTO: LAS ACCIONES Y ACUERDOS SE DOCUMENTAN, ESTABLECIENDO FECHAS PARA PRÓXIMAS VISITAS O CONTROLES, Y SE HACE SEGUIMIENTO A LA EVOLUCIÓN DE CADA INTEGRANTE.
17	REALIZAR VALORACIONES INTEGRALES EN JORNADAS DE SALUD: ORGANIZAR Y PARTICIPAR EN LAS JORNADAS DE SALUD PROGRAMADAS. EVALUAR DE FORMA COMPLETA EL ESTADO DE SALUD DE LOS USUARIOS PRESENTES, CONSIDERANDO ASPECTOS FÍSICOS, EMOCIONALES Y SOCIALES. REGISTRAR LOS HALLAZGOS Y DETECTAR NECESIDADES DE ATENCIÓN O SEGUIMIENTO.
18	REALIZAR DETECCIÓN TEMPRANA, FORMULACIÓN Y EDUCACIÓN EN SALUD: IDENTIFICAR DE MANERA OPORTUNA CUALQUIER ALTERACIÓN O FACTOR DE RIESGO EN LOS USUARIOS DURANTE LAS VALORACIONES. FORMULAR PLANES DE CUIDADO O INTERVENCIONES SEGÚN LAS NECESIDADES DETECTADAS. BRINDAR EDUCACIÓN EN SALUD PERSONALIZADA PARA PROMOVER HÁBITOS SALUDABLES Y MANEJO ADECUADO DE CONDICIONES. DOCUMENTAR Y HACER SEGUIMIENTO A LOS CASOS.
19	ASISTIR A COMITÉS DE SALUD: PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN LAS REUNIONES DE LOS COMITÉS DE SALUD PROGRAMADOS. PRESENTAR INFORMES O REPORTES RELACIONADOS CON LAS ACTIVIDADES REALIZADAS Y RESULTADOS OBTENIDOS. VERIFICAR QUE LAS DECISIONES Y ACUERDOS DEL COMITÉ SE IMPLEMENTEN CORRECTAMENTE. HACER SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES ACORDADAS Y REPORTAR AVANCES O DIFICULTADES. COMUNICAR RETROALIMENTACIÓN AL EQUIPO O COMUNIDAD SEGÚN CORRESPONDA.
20	PRODUCTOS A ENTREGAR POR EL PROFESIONAL QUE REALIZA LA INTERVENCIÓN: HISTORIA CLÍNICA: COMPLETAR Y DILIGENCIAR LA HISTORIA CLÍNICA ESTABLECIDA EN LA SISS PARA CADA USUARIO ATENDIDO. ÓRDENES MÉDICAS: GENERAR ÓRDENES MÉDICAS SOLO SI EL USUARIO PERTENECE A PNA, CAPITAL SALUD O A UNA EAPB CON CONTRATO VIGENTE CON LA SUBRED.
21	PRODUCTOS A ENTREGAR POR EL PROFESIONAL QUE REALIZA LA INTERVENCIÓN: HISTORIA CLÍNICA: COMPLETAR Y DILIGENCIAR LA HISTORIA CLÍNICA ESTABLECIDA EN LA SISS PARA CADA USUARIO ATENDIDO. ÓRDENES MÉDICAS: GENERAR ÓRDENES MÉDICAS SOLO SI EL USUARIO PERTENECE A PNA, CAPITAL SALUD O A UNA EAPB CON CONTRATO VIGENTE CON LA SUBRED.
22	REALIZAR ACTIVIDADES ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO: RECIBIR Y REVISAR LAS INDICACIONES O TAREAS ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO. EJECUTAR LAS ACTIVIDADES CONFORME A LO ESTABLECIDO EN EL CONVENIO DE EBS DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, SEGÚN LA RESOLUCIÓN 1499 DEL 26-08-2024. DOCUMENTAR LAS ACTIVIDADES REALIZADAS Y RESULTADOS OBTENIDOS. REPORTAR AVANCES, DIFICULTADES O NECESIDADES AL SUPERVISOR OPORTUNAMENTE. CUMPLIR CON LOS TIEMPOS Y ESTÁNDARES DE CALIDAD DEFINIDOS EN EL CONTRATO

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS			
<i>SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERÍODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</i>			
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, <u>CERTIFICO</u> 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° 89940182	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/09/19	\$ 300.600
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/09/19	\$ 384.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/09/19	\$ 58.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 744.100
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 ningún 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	 ANDREA ROJAS ALARCON PS_5530_2025_B04A14 ANDREA ROJAS ALARCON CC: 52238770		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO PS_5530_2025_B04A14 BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO SUPERVISOR DEL CONTRATO		

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52238770	ANDREA ROJAS ALARCON		CL 167 51 - 40	4711557	anrojas2.76@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-09	2025-09	I	15/10/2025	90361312	\$742.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	300.000	0		0		0	0	0	0	300.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	384.000	0	0	0	0	0	0		384.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	58.500				58.500	0	0	58.500			585	58.500	1

TOTALES CAJAS								
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	

TOTALES PARAFISCALES				No. Afiliados
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	300.000	300.000
Pensión	1	384.000	384.000
Riesgos Laborales	1	58.500	58.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	742.500	742.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52238770	ANDREA ROJAS ALARCON		CL 167 51 - 40	4711557	anrojas2.76@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-09	2025-09	I	15/10/2025	90361312	10
					TOTAL A PAGAR
					\$742.500

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IDE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52238770	ROJAS ALARCON ANDREA	59	0		N																		25-14	2.400.000	384.000	0	0	0	0	EPS005	2.400.000	300.000	14-11	2.400.000	3	58.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA