

		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: 7 FECHA: 2025-06-09	
DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	KEVING RUBEN RODRIGUEZ BORDA			CC:	1014249202
CORREO ELECTRÓNICO:	krrb29@gmail.com			TELÉFONO:	3214539908
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 55 76 55			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	484900019403
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 6265 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 6.521.760	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/09/10	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/10/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31				
 KEVING RUBEN RODRIGUEZ BORDA PS_6265_2025_177F37 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: KEVING RUBEN RODRIGUEZ BORDA CC: 1014249202 CEL: 3214539908					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
KEVING RUBEN RODRIGUEZ BORDA

CON C.C N°1.014.249.202

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - RESOLUCION 1499 26-08-2024 EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 6265 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/09/10
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$12.750.041	No. HORAS EJECUTADAS	160
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$12.750.041	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$6.521.760
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (01) MES Y VEINTIUN (21) DIAS		

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	1. REALIZAR LA APROPIACIÓN DE LA NORMATIVIDAD Y LINEAMIENTOS REQUERIDOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD RESOLUCIÓN 1499 26-08-2024 EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD - EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y TODAS AQUELLAS QUE MODIFIQUEN Y ADICIONEN.
2	2. PARTICIPAR EN LAS CAPACITACIONES DE LOS APLICATIVOS REQUERIDOS PARA EL REGISTRO DE LAS INTERVENCIONES COMO EL SISTEMA DE GESTIÓN TERRITORIAL PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA SOCIAL GTAPS Y DINÁMICA GERENCIAL
3	3. VERIFICAR QUE LA PERSONA A VALORAR ESTE PREVIAMENTE CARACTERIZADO POR AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL APLICATIVO GTAPS EN LA MODALIDAD EXTRAMURAL Y EN LA MODALIDADES EXTRAMURAL E INTRAMURAL QUE ESTE FACTURADO Y CARGADO EN LA AGENDA
4	4. VALORACIÓN INTEGRAL EN SALUD POR MOMENTO DE CURSO DE VIDA (PROMOCIÓN, PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN).
5	5. IDENTIFICAR LOS PRINCIPALES CAMBIOS EN EL DESARROLLO FÍSICO Y MENTAL DURANTE LA VALORACIÓN POR CURSO DE VIDA
6	6. IDENTIFICAR OPORTUNAMENTE FACTORES DE RIESGO CON EL FIN DE PREVENIRLOS O DERIVARLOS PARA SU MANEJO OPORTUNO Y REALIZAR LA VALORACIÓN Y TAMIZAJES QUE SE REQUIERAN
7	7. IDENTIFICAR Y POTENCIAR CAPACIDADES, HABILIDADES Y PRÁCTICAS PARA PROMOVER EL CUIDADO DE LA SALUD CON ESTRATEGIAS DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
8	8. CONSTRUIR DE MANERA CONCERTADA CON LA PERSONA EL PLAN DE CUIDADO PRIMARIO INDIVIDUAL
9	7. IDENTIFICAR Y POTENCIAR CAPACIDADES, HABILIDADES Y PRÁCTICAS PARA PROMOVER EL CUIDADO DE LA SALUD CON ESTRATEGIAS DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN
10	10. REGISTRAR INFORMACIÓN EN LA BASE DE DATOS DE ATENCIONES EN SALUD Y DILIGENCIAR EL PLAN DE CUIDADO PRIMARIO CON LAS RECOMENDACIONES DEFINIDAS SEGÚN LOS HALLAZGOS Y LA CONCERTACIÓN DE COMPROMISOS CON EL INDIVIDUO, LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA EN LOS APLICATIVOS ESTABLECIDOS DE GTAPS Y DINÁMICA GERENCIAL EN LOS TIEMPOS DETERMINADOS.
11	11. EL MÉDICO GENERAL ESTARÁ PRESENTE CON LA PERSONA CUANDO SE REQUIERA COMUNICACIÓN TELEFÓNICA CON LAS ESPECIALIDADES DISPUESTAS PARA TAL FIN Y DEJAR EL REGISTRO EN LOS APLICATIVOS ESTABLECIDOS
12	12. LLAMAR AL AUXILIAR DE ENFERMERÍA DEL GRUPO FAMILIAR PARA AGENDAR CITA CON ESPECIALISTAS
13	13. DEBERÁ ORDENAR LOS EXÁMENES DIAGNÓSTICOS DE ACUERDO CON LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA RESPECTIVA, PARA ASÍ DISPONER DE RESULTADOS EL DÍA DE LA TELECONSULTA CON EL ESPECIALISTA, ESTAS ÓRDENES DEBEN SER DE CONOCIMIENTO DEL AGENDADOR CUANDO CORRESPONDA PARA PROCEDER A ESTABLECER EL AGENDAMIENTO DE LA LECTURA RESULTADOS
14	14. REALIZAR LA PROGRAMACIÓN Y ATENCIÓN SEGÚN LA PERIODICIDAD DE LOS SEGUIMIENTOS, ASÍ COMO LA MODALIDAD (PRESENCIAL O TELEFÓNICO), DEPENDIENDO DE LA CLASIFICACIÓN FAMILIAR (ALTA, MEDIA Y BAJA) Y SU DESARROLLO DEBERÁ QUEDAR REGISTRADO EN EL APLICATIVO EN LÍNEA GTAPS. ASÍ MISMO REALIZAR LA ATENCIÓN Y REGISTRO DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA, DE ACUERDO CON SU CONDICIÓN DE SALUD Y LA SIGUIENTE CLASIFICACIÓN: TIPO 1, 2, Y 4., SEGÚN CORRESPONDA 15. 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 LA PERSONA ESTE PRESENTE Y RECIBA LA ATENCIÓN EN SALUD POR PARTE DEL EQUIPO

15	
16	16. DEBE VERIFICAR QUE TODAS LAS PERSONAS VALORADAS 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.
17	17. 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), REALIZAR EL SEGUIMIENTO TELEFÓNICO Y PROGRAMAR LA ATENCIÓN
18	18. ENTREGAR AL GRUPO DE GESTIÓN FAMILIAR EL REPORTE DE LAS ATENCIONES REALIZADAS POR LOS PROFESIONALES EN LA HERRAMIENTA PREVISTA PARA TAL FIN.
19	19. REALIZARÁ CONTROLES A GESTANTES CON MORBILIDAD MATERNA EXTREMA MME, SÍFILIS GESTACIONAL, CRÓNICOS, MENORES DE 5 AÑOS CON RIESGO DE DESNUTRICIÓN AFILIADOS A LAS EMPRESAS ADMINISTRADORAS DE LOS PLANES DE BENEFICIO EAPB CON CONTRATO VIGENTE CON LA SUBRED
20	20. EN CASO DE IDENTIFICAR EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA, REALIZAR LA NOTIFICACIÓN AL SUBSISTEMA CORRESPONDIENTE Y NOTIFICAR AL LÍDER OPERATIVO DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS
21	21. PRODUCTOS A ENTREGAR POR PARTE DEL PROFESIONAL QUE REALIZA LA INTERVENCIÓN: HISTORIA CLÍNICA ESTABLECIDA EN LA SUBRED COMPLETAMENTE DILIGENCIADA, ORDENES MÉDICAS DE LAS PERSONAS PERTENECIENTES A LAS EMPRESAS ADMINISTRADORAS DE LOS PLANES DE BENEFICIO EAPB CON CONTRATO VIGENTE CON LA SUBRED, CANALIZACIÓN AL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA - SIRC (PARA PERSONAS DE OTRAS EAPB QUE NO TIENEN CONTRATO VIGENTE CON LA SUBRED), BASE DE DATOS DEFINIDA PARA LA RESOLUCIÓN 1499 26-08-2024 EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y TODAS AQUELLAS QUE MODIFIQUEN Y ADICIONEN. FICHA DE NOTIFICACIÓN SEGÚN EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PUBLICA IDENTIFICADO, PLAN DE CUIDADO PRIMARIO INDIVIDUAL, REGISTROS REALIZADOS EN LAS APLICATIVOS DE DINÁMICA GERENCIAL, GTAPS Y LAS DEMÁS REQUERIDAS DENTRO DEL PROCESO DE EJECUCIÓN DE LA RESOLUCIÓN.
22	22. PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES INTRAMURALES, EXTRAMURALES Y/O ADMINISTRATIVAS.
23	23. EN CASO DE ENCONTRAR UNA EMERGENCIA EN CUALQUIERA DE SUS VISITAS, LOS INTEGRANTES DEL EQUIPO BÁSICO DE SALUD ASISTIRÁN A QUIEN LO NECESITE Y/O SOLICITARÁN APOYO ACTIVANDO LA LÍNEA ÚNICA DE EMERGENCIAS LÍNEA 123 LOS CASOS DE SALUD SERÁN DERIVADOS 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. ES NECESARIO REALIZAR EL ACOMPAÑAMIENTO DE LA PERSONA HASTA QUE LLEGUE EL EQUIPO DE RESPUESTA Y SEGUIR LAS INDICACIONES DEL REFERENTE DEL CRUE SI LE CONTACTAN. EL TIEMPO QUE ESTE EN EL EVENTO DEBE JUSTIFICARSE CON LA EVOLUCIÓN HORA A HORA HASTA QUE SE ENTREGUE AL EQUIPO DE RESPUESTA Y EL TIEMPO ALLÍ SERÁ VALIDADO PARA EL PAGO DE LOS HONORARIOS. TODO LO ANTERIOR EN SU ACTUAR COMO PERSONAL DE SALUD Y PRIMER RESPONDIENTE
24	24. ASISTIR A CAPACITACIONES, COMITÉS Y /O CONVOCATORIAS
25	25. REALIZAR LA ENTREGA DE LOS SOPORTES DE CERTIFICACIONES O ACTAS DE LOS CURSOS, JORNADAS, COMITÉS A LOS CUALES SEA CONVOCADO COMO PARTE DEL FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES
26	26. REGISTRAR LA INFORMACIÓN EN LAS PLATAFORMAS, APLICATIVOS, BASES DE DATOS Y FORMATOS EN MEDIO FÍSICO O MAGNÉTICO PREVISTOS Y EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS.
27	27. REALIZAR EL REPORTE SEMANAL Y/O MENSUAL DE LOS INFORMES SOLICITADOS, INCLUYENDO LOS INDICADORES REQUERIDOS
28	28. REALIZAR EL ENVÍO DE LOS SOPORTES DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS, PAGO DE SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y LOS QUE SE REQUIERAN COMO PARTE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS
29	29. OPERAR Y MANEJAR EN FORMA CORRECTA, ASÍ COMO RESPONDER POR EL CUIDADO Y BUEN USO DE LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS, CÓMPUTO Y ELEMENTOS ASIGNADOS, RESPONDER POR LA PÉRDIDA O DAÑO DE LOS MISMOS QUE CONSERVE BAJO SU CUIDADO O A LA CUAL TENGA ACCESO PARA EL DESARROLLO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES. REALIZAR LA ENTREGA UNA VEZ FINALICE EL CONTRATO (ELEMENTOS DE IDENTIFICACIÓN INSTITUCIONAL, EQUIPOS BIOMÉDICOS, OFIMÁTICOS, INSUMOS U OTROS QUE SE LE HAYAN ENTREGADO).
30	30. REALIZAR EL USO LOS USUARIOS Y CONTRASEÑAS ASIGNADAS BAJO LA DEBIDA RESERVA Y CONFIDENCIALIDAD, A EFECTOS DE NO COMPARTIRLAS CON TERCEROS O PERSONAS AJENAS AL PROCESO Y HACER ENTREGA DE LAS MISMAS AL TÉRMINO DEL PRESENTE CONTRATO. AL IGUAL QUE LOS SOPORTES DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO EN MEDIO FÍSICO Y MAGNÉTICO. 31. REALIZAR DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL QUE ASIGNE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO BAJO LA RESOLUCIÓN 1499 26-08-2024 EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y TODAS AQUELLAS QUE MODIFIQUEN Y ADICIONEN.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS			
SE VERIFICA QUE 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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	N° 90711201	OPERADOR:	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	COMPENSAR	2025/10/20	\$ 151.022	
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/10/20	\$ 193.308	
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/20	\$ 29.432	
OTRO				
TOTAL PAGADO			\$ 373.762	

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	 KEVING RUBEN RODRIGUEZ BORDA PS_6265_2025_177F37 KEVING RUBEN RODRIGUEZ BORDA CC: 1014249202
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO PS_6265_2025_177F37 BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO SUPERVISOR DEL CONTRATO

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	
2025-10	2025-10	I	18/11/2025	91511853	\$813.900	

TOTALES SALUD	
---------------	--

TOTALES PENSIÓN	
-----------------	--

TOTALES RIESGOS LABORALES	
--	--

TOTALES CAJAS	
---------------	--

TOTALES PARAFISCALES	
1	2
3	4
5	6
7	8
9	10
11	12
13	14
15	16
17	18
19	20
21	22
23	24
25	26
27	28
29	30
31	32
33	34
35	36
37	38
39	40
41	42
43	44
45	46
47	48
49	50
51	52
53	54
55	56
57	58
59	60
61	62
63	64
65	66
67	68
69	70
71	72
73	74
75	76
77	78
79	80
81	82
83	84
85	86
87	88
89	90
91	92
93	94
95	96
97	98
99	100

TOTALES POR SUBSISTEMA	
1	2
3	4
5	6
7	8
9	10
11	12
13	14
15	16
17	18
19	20
21	22
23	24
25	26
27	28
29	30
31	32
33	34
35	36
37	38
39	40
41	42
43	44
45	46
47	48
49	50
51	52
53	54
55	56
57	58
59	60
61	62
63	64
65	66
67	68
69	70
71	72
73	74
75	76
77	78
79	80
81	82
83	84
85	86
87	88
89	90
91	92
93	94
95	96
97	98
99	100
101	102
103	104
105	106
107	108
109	110
111	112
113	114
115	116
117	118
119	120
121	122
123	124
125	126
127	128
129	130
131	132
133	134
135	136
137	138
139	140
141	142
143	144
145	146
147	148
149	150
151	152
153	154
155	156
157	158
159	160
161	162
163	164
165	166
167	168
169	170
171	172
173	174
175	176
177	178
179	180
181	182
183	184
185	186
187	188
189	190
191	192
193	194
195	196
197	198
199	200
201	202
203	204
205	206
207	208
209	210
211	212
213	214
215	216
217	218
219	220
221	222
223	224
225	226
227	228
229	230
231	232
233	234
235	236
237	238
239	240
241	242
243	244
245	246
247	248
249	250
251	252
253	254
255	256
257	258
259	260
261	262
263	264
265	266
267	268
269	270
271	272
273	274
275	276
277	278
279	280
281	282
283	284
285	286
287	288
289	290
291	292
293	294
295	296
297	298
299	300
301	302
303	304
305	306
307	308
309	310
311	312
313	314
315	316
317	318
319	320
321	322
323	324
325	326
327	328
329	330
331	332
333	

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1014249202	KEVING RUBEN RODRIGUEZ BORDA		cil 55 # 76 55	6948698	krrb29@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	
						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
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-10	2025-10	I	18/11/2025	91511853	\$813.900
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																																			
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres					Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SIL	IOE	IVA	IVA	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	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	1014249202	RODRIGUEZ BORDA KEVING RUBEN					59	0		N																		25-14	2.608.704	417.400	0	0	0	0	EPS005	2.608.704	326.100	14-11	2.608.704	3	63.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA