DATOS DEL INFORME					
Fecha de presentación: **30 enero de 2026**	**Nombre del Contratista:** **AGAPE S.A.S.**				**No. Contrato:** **511- ARC-DISAN-DHONAC/2025**
Periodo del informe:	**Desde el:**	**01-01-2026**	**Hasta el:**	**31-01-2026**	
Objeto del contrato: "CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ANESTESIOLOGO PARA EL HOSPITAL NAVAL NIVEL III DE CARTAGENA Y UFAPS"					

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATO			
Fecha de suscripción	16 de octubre de 2025		
Fecha de Iniciación- Inicio	16 de octubre de 2025		
Plazo del contrato	seis (06) meses		
Fecha de Terminación	30 de abril de 2026		
Fecha de terminación final (incluir prórrogas)	30 de abril de 2026		
Valor Inicial del contrato	$124.020.000,00 CIENTO VEINTICUATRO MILLONES VEINTE MIL PESOS M/CTE		
No. CDP y FECHA: 73225 del 25-09-2025	**VALOR: $41.460.000,00**	**No. CRP y FECHA: 97825 del 21-10-2025**	**VALOR: $41.460.000,00**
Valor total del contrato (incluido valor adición)	$124.020.000,00 CIENTO VEINTICUATRO MILLONES VEINTE MIL PESOS M/CTE		
No. CDP y FECHA:	**VALOR: $82.560.000,00**	**No. CRP y FECHA: 34525 del 21-10-2025**	**VALOR: $82.560.000,00**

GARANTÍAS APROBADAS EN EL CONTRATO

No. De PÓLIZA: 75-03-101016175 **ANEXO**: 02 **No. De PÓLIZA:** 75-03-101019161 **ANEXO**: 00 **No. De PÓLIZA:** 75-46-101019244 **Anexo No: 0**		**Aseguradora:** SEGUROS DEL ESTADO S.A **Aseguradora:** SEGUROS DEL ESTADO S.A	
AMPAROS	**VIGENCIA**		**VALOR ASEGURADO**
RESPONSABILIDAD CIVIL	**29-10-2025**	**29-10-2026**	**$854.100.000,00**
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	**16-10-2025**	**01-05-2026**	**$12.402.000,00**

GARANTÍAS APROBADAS EN EL CONTRATO

No. de Póliza **Anexo No.**		**Aseguradora:**	
AMPAROS	**VIGENCIA**		**VALOR ASEGURADO**
			$,00

MODIFICATORIOS DEL CONTRATO		
TERMINACIÓN ANTICIPADA:	(Si aplica)	
ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO	**Valor total del contrato (Incluida adiciones)**	$124.020.000,00
	Valor total tramitado para pago	$65.160.000,00
	Saldo del contrato	$58.860.000,00
	Porcentaje de Ejecución:	**52.5%**

APORTES A SEGURIDAD SOCIAL	
No. de Planilla de Salud: 6001234201	Entidad: SURA Fecha de pago: 26/01/2026 Valor: $ 437.800
No. de Planilla de Pensión: 6001234201	Entidad: COLFONDOS Fecha de pago: 26/01/2026 Valor: $ 560.300
No. de Planilla de Riesgos Profesionales: 6001234201	Entidad: ARL SURA Fecha de pago: 26/01/2026 Valor: $ 85.400
No. de Planilla de Salud: 6001236032	Entidad: SURA Fecha de pago: 26/01/2026 Valor: $ 437.800
No. de Planilla de Pensión: 6001236032	Entidad: PORVENIR Fecha de pago: 11/12/2025 Valor: $ 560.300
No. de Planilla de Riesgos Profesionales: 6001236032	Entidad: ARL SURA Fecha de pago: 26/01/2026 Valor: $ 85.400

CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES / ACTIVIDADES

No.	**DESCRIPCIÓN DE LA OBLIGACIÓN**	**DEFICIENTE**	**AMEJORAR**	**SATISFACTORIO**	**SOBRESALIENTE**	**OBSERVACIONES**

1	Cubrir programación de servicio de consulta e interconsultas y cirugías y prestación del servicio en las áreas de hospitalización y urgencias del Hospital naval Nivel III Cartagena, dejando registro en la historia clínica		**x**			Se presenta descargo de queja de usuario por novedad en atención en consulta externa. Se exhorta al contratista a evaluar tiempos de consulta para evitar traumas en la atención.
2	Dentro de las actividades contractuales de los anestesiólogos se incluirían todas las inherentes a su Especialidad incluyendo la valoración pre-anestésica obligatoria para los pacientes hospitalizados que serán llevados a cirugía el día siguiente y registrarlo en la historia clínica del paciente.			**x**		El contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual
3	Realizar interconsultas de anestesiología, solicitadas al servicio dentro de un tiempo máximo de seis (06) horas posteriores a ser recibida la solicitud y dejar registro en la historia clínica.			**x**		El contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual
4	Elaborar la documentación requerida en caso de utilización de medicamentos de control y/o que se encuentren fuera del acuerdo de medicamentos del sistema de salud de las Fuerzas Militares en forma inmediata en relación al uso del medicamento que corresponda.			**X**		El contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual
5	Registrar en la historia clínica del paciente los procedimientos anestésicos realizados y la información de importancia con respecto al paciente, su patología y complicaciones presentadas, anexando el record anestésico y consentimiento anestésico diligenciado y firmado en el tiempo correspondiente.			**X**		El contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual
6	Registrar la inasistencia de pacientes en consulta externa diligenciando el DIS070 del sistema Dinámica Gerencial cuando el paciente no asiste.			**X**		El contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual
7	Responder a solicitudes de apoyo asistencial en relación con la especialidad, de otras dependencias del Hospital Naval cuando así lo requieran			**X**		El contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual
8	Acudir al llamado en tiempo de respuesta no inferior a dos (2) horas, en casos de urgencias y dar respuesta a interconsultas de acuerdo a parámetros de respuesta.			**X**		El contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE PAGO	
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO	

	Certifico que el contratista cumplió conforme a los requisitos de Ley con los aportes a seguridad social, a las entidades a las que está obligado a aportar. Se anexan Comprobantes de pago.				
AUTORIZACIÓN PAGO	**PERIODO A PAGAR**	**DESDE EL**	01/01/2026	**HASTA EL**	31/01/2026
	VALOR A PAGAR ESTE PERIODO	VEINTITRES MILLONES SETECIENTOS SESENTA MIL PESOS M/CTE			
	VALOR A PAGAR ESTE PERIODO	$23.760.000,00			
SUPERVISOR – DEPENDENCIA					
NOMBRE: Teniente de Navío ANA MARIA PRADO QUINTERO					**FIRMA**
CARGO: Jefe Servicio Salas de Cirugía					

DOCUMENTOS SOPORTES	**1. Solicitud de pago.** **2. Soportes pago de Seguridad Social (Salud, pensión y Riesgos Profesionales).** **3. Informe de supervisión y cumplimiento del Contratista.** **4. Informe de actividades** **5. Factura electrónica No. AGAP 61**

Cartagena de Indias D.T Y C., fecha 26/01/2026
Señora:
TN, ANA MARIA PRADO
JEFE SERVICIO DE ANESTESIA
Supervisor Contrato No. 511-ARC-DISAN-DHONAC-2025
CARTAGENA

INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO **No 511-ARC-DISAN-DHONAC-2025.**

Nombre del contratista AGAPE MEDICINA ESPECIALIZADA S.A.S., identificado como aparece al pie de mi firma, de la manera más respetuosa me permito presentar, el informe de actividades realizadas en mi condición de CONTRATISTA, durante el periodo de enero de 2026, en cumplimiento a lo establecido en la cláusula sexta del CONTRATO No. 511 del 15 de octubre de 2025, cuyo objeto contractual es: CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO ANESTESIOLOGO PARA APOYO EN LA ATENCION INTEGRAL EN SALUD PARA EL HOSPITAL NAVAL NIVEL III DE CARTAGENA Y UFAPS, las cuales relaciono a continuación:

INFORME DE ACTIVIDADES No. 004

DESCRIPCIÓN DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES EJECUTADAS CONFORME AL PERIODO

No.	OBLIGACIÓN CONTRACTUAL	ACTIVIDADES REALIZADAS
1.	Cubrir programación de servicio de consulta e interconsultas y cirugías y prestación del servicio en las áreas de hospitalización y urgencias del Hospital naval Nivel III Cartagena, dejando registro en la historia clínica	Se asistió en los diferentes procedimientos quirúrgicos programados, consultas, urgencias y los adicionales que no se encontraban en el programa quirúrgico, con capacidad de manejo de tecnología, verificando los insumos requeridos para tales procedimientos.
2.	Dentro de las actividades contractuales de los anestesiólogos se incluirían todas las inherentes a su Especialidad incluyendo la valoración preanestésica obligatoria para los pacientes hospitalizados que serán llevados a cirugía el día siguiente y registrarlo en la historia clínica del paciente.	Se realizaron valoraciones preanestésicas a pacientes pendientes para programación de cirugía.
3.	Realizar interconsultas de anestesiología, solicitadas al servicio dentro de un tiempo máximo de seis (06) horas posteriores a ser recibida la solicitud y dejar registro en la historia clínica.	Se realizan interconsultas ordenadas por los diferentes especialistas a pacientes hospitalizados.
4.	Elaborar la documentación requerida en caso de utilización de medicamentos de control y/o que se encuentren fuera del acuerdo de medicamentos del sistema de salud de las Fuerzas Militares en forma inmediata en relación al uso del medicamento que corresponda.	Se realiza formulación a pacientes que lo requieran y se entrega formulación.
5.	Registrar en la historia clínica del paciente los procedimientos anestésicos realizados y la información de importancia con respecto al paciente, su patología y complicaciones presentadas, anexando el récord anestésico y consentimiento anestésico diligenciado y firmado en el tiempo correspondiente.	Se hace registro en sistema dinámica gerencial, la descripción anestésica del procedimiento realizado durante la cirugía.

6.	Registrar la inasistencia de pacientes en consulta externa diligenciando el DIS070 del sistema Dinámica Gerencial cuando el paciente no asiste.	Se deja registro en sistema Dinámica gerencial de pacientes que no acudieron a la consulta de anestesia programada.
7.	Responder a solicitudes de apoyo asistencial en relación con la especialidad, de otras dependencias del Hospital Naval cuando así lo requieran	Participaran en labores asistencial si es requiera como apoyo.
8.	Acudir al llamado en tiempo de respuesta no inferior a dos (2) horas, en casos de urgencias y dar respuesta a interconsultas de acuerdo a parámetros de respuesta.	Se atendieron turnos en salas de cirugía acuerdo al programa quirúrgico, se atendieron las consultas de los pacientes programados en consulta externa.

ACREDITACIÓN DEL PAGO DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL: Cumpliendo con lo dispuesto en el contrato, anexo el comprobante de pago de seguridad social, planilla No. 6001234201 y No. 6001236032 correspondiente al mes de Enero de 2026.

INFORMACIÓN DE NOVEDADES AL SUPERVISOR: Ninguna o incluir aspectos que impidan o paralicen el cumplimiento del contrato.

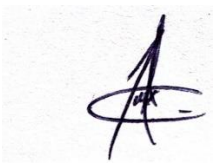
SOLICITUD DE PAGO DEL CONTRATO No. No 511-ARC-DISAN-DHONAC-2025.

Con ocasión a la forma de pago definida en la cláusula séptima del contrato, para el periodo ejecutado, corresponde a la Dirección de Sanidad de la Armada Nacional, pagar a nombre del contratista, la siguiente suma:

No. PAGO	FECHA	VALOR A PAGAR	CONCEPTO	REGIMEN	No. RUT
No. 004	**26/01/2026**	**VEINTI TRES MILLONES SETESCIENTOS SESENTA MIL PESOS MCTE. - ($23.760.000)**	Servicios prestados durante el mes de **ENERO/26** en desarrollo del contrato No 511-ARC-DISAN-DHONAC-2025**.** **- HORAS PRESENCIALES** 264 X $90.000 = $23.760.000 **- HORAS DISPONIBILIDAD** 0 X 35.000 = $0 **- TOTAL** = $23.760.000	**SIMPLE**	**901.906.687-7**

Para efecto del pago, agradezco desembolsar en la cuenta Ahorros (x) No. 09800008485 del banco BANCOLOMBIA.

Atentamente,



LOLY CAROLINA QUESADA MARTINEZ
Representante Legal Ágape Medicina Especializada S.A.S
CC. 1047474056
No. de contrato: 511

AGAPE MEDICINA ESPECIALIZADA S.A.S

NIT: 901906687 - 7

Cartagena De Indias CRESPO CRA 2 6727
Teléfono 3106363645
Correo Electrónico notificacionesagape@gmail.com

Factura Electrónica de Venta

AGAP 61

Documento Oficial de Autorización de Numeración Facturación Electrónica No. 18764088626021 que habilita desde AGAP 1 hasta AGAP 1000. Vence 10/02/2027.

Somos Responsables de IVA, No somos Agentes de Retención de IVA. No somos Grandes Contribuyentes, Actividad Económica ICA

Cliente: Hospital Naval nivel III de Cartagena | **NIT:** 901541021 - 4
Dirección: CR 2 14 210 BRR BOCAGRANDE | **Ciudad:** Cartagena De Indias | **Teléfono:** 3202403264
Fecha: 26/01/2026 | **Vencimiento:** 10/02/2026 | **Forma de Pago:** Crédito
Vendedor: LOLY CAROLINA QUESADA MARTINEZ

Por Concepto de:
#$15-01-11-094; Contrato No. 511-ARC-DISAN-DHONAC-2025; ana.prado@armada.mil.co #$

Item	Código	Descripción	Unidad	Cantidad	Valor Unitario	% Dscto	IVA %	IVA Valor	Total
1	SMA01	SERVICIOS MEDICOS EN ANESTESIOLOGIA - HORAS PRESENCIALES MES DE ENERO	und	264,00	90.000,00	0,00	0	0,00	23.760.000,00

Valor en Letras

VENTIUN MILLONES CIENTO CUARENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS PESOS

TOTAL LINEAS O ITEMS	1
SUBTOTAL	**$ 23.760.000,00**
DESCUENTO	$ 0,00
IVA	$ 0,00
TOTAL OPERACION	$ 23.760.000,00
RETEFUENTE	$ 2.613.600,00
RETEIVA	$ 0,00
RETEICA	$ 0,00
TOTAL DOCUMENTO	**$ 21.146.400,00**

Recibido Por _____

Firma Responsable _____

Representación gráfica de la factura de venta electrónica

Fecha y Hora de Generación:2026-01-26 22:30:04

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)

cufe: f894b01f85e4ed41930890b09d8763ce16df7eacf33e8290a67509f559f02fb2b2a13e3fa6a13dc49d8adc54722ed303

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1047469096
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			GERALD ANTONIO MEZA SANTIAGO
CIUDAD/MUNICIPIO:	CARTAGENA	DEPARTAMENTO:	BOLIVAR
DIRECCIÓN:	CRESPO CRA 2 N 67-27	TELÉFONO:	6666666
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:		**6001234201**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	enero AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	enero AÑO 2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/01/26	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		10019099

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
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 560.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 560.300	$ 0	$ 560.300
SUBTOTALES:										**$ 560.300**	**$ 0**	**$ 560.300**

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
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 437.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 437.800	$ 0	$ 0	$ 437.800
SUBTOTALES:													**$ 437.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 437.800**

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
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 85.400	$ 85.400	$ 0	$ 0	$ 85.400
SUBTOTALES:									**$ 85.400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 85.400**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES											
																										PENSIÓN									SALUD						ARP																			
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	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1047469096	MEZA SANTIAGO GERALD ANTONIO	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES		$ 4.500.000				NO								01-30										231001-COLFONDOS	30	$ 3.501.810	$ 560.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 560.300	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 3.501.810	$ 437.800	$ 0	$ 437.800	14-11 - ARL SURA	30	$ 3.501.810	901906687	$ 85.400		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 1.083.500

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1047474056
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LOLY CAROLINA QUESADA MARTINEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	CARTAGENA	DEPARTAMENTO:	BOLIVAR
DIRECCIÓN:	CRESPO KRA 4 NO 67-86	TELÉFONO:	6464247
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:	**6001236032**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES enero	AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES enero AÑO 2026
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/01/26			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	10014271

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	$ 560.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 560.300	$ 0	$ 560.300
SUBTOTALES:										**$ 560.300**	**$ 0**	**$ 560.300**

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
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 437.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 437.800	$ 0	$ 0	$ 437.800
SUBTOTALES:													**$ 437.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 437.800**

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
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 85.400	$ 85.400	$ 0	$ 0	$ 85.400
SUBTOTALES:									**$ 85.400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 85.400**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP													
																													APORTES VOLUNTARIOS																								
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	EMPLEADOR	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	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1047474056	QUESADA MARTINEZ LOLY CAROLINA	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES		$ 2.850.000				NO								01-30										230301-PORVENIR	30	$ 3.501.810	$ 560.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 560.300	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 3.501.810	$ 437.800	$ 0	$ 437.800	14-11 - ARL SURA	30	$ 3.501.810	104747405	$ 85.400		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 1.083.500