

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

|                          |  |                 |           |            |           |
|--------------------------|--|-----------------|-----------|------------|-----------|
| NOMBRES Y APELLIDOS:     | JENNIFER ALEXANDRA HERNANDEZ SEPULVEDA |                 | CC:       | 1023905581 |           |
| CORREO ELECTRÓNICO:      | ALEXAPSIKOLOGA06@GMAIL.COM             |                 | TELÉFONO: | 3159268669 |           |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:     | CL 26B SUR 12 40                       |                 | CIUDAD:   | BOGOTA     |           |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR: | BANCO AV VILLAS                        | TIPO DE CUENTA: | AHORROS   | N° CUENTA: | 004951963 |

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

|                          |                              |  |              |
|--------------------------|------------------------------|--|--------------|
| N° DEL CONTRATO:         | PS 1189 2025                 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO | \$ 3.747.200 |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 2025/01/01                   | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:                   | 2026/01/31   |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31 |  |              |



JENNIFER ALEXANDRA HERNANDEZ SEPULVEDA  
PS\_1189\_2025\_DE52B4

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

JENNIFER ALEXANDRA HERNANDEZ SEPULVEDA

CC: 1023905581

CEL: 3159268669

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

**JENNIFER ALEXANDRA HERNANDEZ SEPULVEDA**

**CON C.C N° 1.023.905.581**

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

|  |                     |                              |                   |
|--|---------------------|------------------------------|-------------------|
| <b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b> | <b>PS 1189 2025</b> | <b>FECHA INICIO CONTRATO</b> | <b>2025/01/01</b> |
|--|---------------------|------------------------------|-------------------|

|                                   |               |                             |            |
|-----------------------------------|---------------|-----------------------------|------------|
| <b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b> | \$ 13.939.584 | <b>No. HORAS EJECUTADAS</b> | <b>200</b> |
|-----------------------------------|---------------|-----------------------------|------------|

|   |               |  |              |
|---|---------------|--|--------------|
| <b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b> | \$ 52.517.008 | <b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b> | \$ 3.747.200 |
|---|---------------|--|--------------|

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS:** TRECE (13) MESES

**UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:** FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO

**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)

|             |   |
|-------------|---|
| <b>ITEM</b> | <b>DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD</b>  |
| 1           | REALIZAN ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS CON ENFOQUE INDIVIDUAL, QUE SE DESARROLLAN CON ALTOS ESTÁNDARES CIENTÍFICOS, ÉTICOS Y HUMANOS, ORIENTADOS AL BIENESTAR INTEGRAL DE LOS PACIENTES. ESTAS ACTIVIDADES SE LLEVAN A CABO DE MANERA OPORTUNA Y PERTINENTE, GARANTIZANDO QUE LAS INTERVENCIONES DE LA JUNTA MULTIDISCIPLINAR RESPONDAN A LAS NECESIDADES PARTICULARES DE CADA USUARIO, PROMOVRIENDO EL MEJORAMIENTO DE SU SALUD MENTAL Y SU CALIDAD DE VIDA, SE REALIZA EL PROCESO DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD ESTABLECIDO EN EL DESARROLLO DE LA NORMATIVA, CUMPLIENDO DE FORMA SATISFACTORIA CON TODOS LOS ESTÁNDARES ÉTICOS PROPIOS DE LA ESPECIALIDAD DENTRO DE LA INTERVENCIÓN EN EL PROCESO DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD, GARANTIZANDO UNA ATENCIÓN DE CALIDAD Y RESPETUOSA DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES, DE ACUERDO CON LOS PRINCIPIOS CIENTÍFICOS Y ÉTICOS ESTABLECIDOS PARA ASEGURAR UNA EVALUACIÓN RIGUROSA Y OPORTUNA EN MODALIDAD INTRAMURAL |

|   |  |
|---|--|
| 2 | SE GENERA LA REVISIÓN, CONTACTO, COMUNICACIÓN Y AGENDAMIENTO DE LOS USUARIOS ENVIADOS EN LA BASE DE DATOS POR PARTE DE LA SECRETARÍA DE SALUD PARA EL PROCESO DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD. ESTE PROCESO INCLUYE LA VALIDACIÓN DE LOS DATOS DE LOS USUARIOS, LA PROGRAMACIÓN DE CITAS SEGÚN LA DISPONIBILIDAD, Y LA COORDINACIÓN CON LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA LA EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO ADECUADOS. TODO SE GESTIONA DE MANERA ORGANIZADA Y CONFORME A LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS, ASEGURANDO LA ATENCIÓN OPORTUNA Y EFICIENTE DE LOS USUARIOS EN EL MARCO DE LA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD. SE GENERA LA CREACION DE USUARIOS EN LA PLATAFORMA DINAMICA, Y GESTION DE SOLICITUD DE APERTURAS DE AGENDA DE LOS PROFESIONALES DE FORM MENSUAL A CENTRAL DE AGENDAS , PARA GENERAR EL CRGUE DE LA AGENDA DEL PROCESO DE CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD EN DINAMICA |
|---|--|

|   |   |
|---|---|
| 3 | EN CUMPLIMIENTO DE LAS FUNCIONES ASIGNADAS Y EN EL MARCO DE LA ADECUADA GESTIÓN DE LOS RECURSOS PÚBLICOS, SE LLEVÓ A CABO EL PROCESO DE SEGUIMIENTO FINANCIERO CORRESPONDIENTE, BAJO LA RESPONSABILIDAD DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE. DICHO PROCESO INCLUYÓ LA VERIFICACIÓN, CONSOLIDACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA RELACIONADA CON LA EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DE LOS RECURSOS ASIGNADOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, ASÍ COMO POR LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD |
|---|---|

|   |  |
|---|--|
| 4 | SE GENERA POR CADA ATENCIÓN EL CARGUE DE LA INFORMACIÓN DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD EN LA PLATAFORMA SISPRO, SEGÚN LO RELACIONADO DENTRO DE LA JUNTA MÉDICA DE DISCAPACIDAD, CUMPLIENDO CON LOS PROCEDIMIENTOS Y ESTÁNDARES ESTABLECIDOS EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE. ESTA ACCIÓN ASEGURA QUE TODA LA INFORMACIÓN RELEVANTE DEL PACIENTE SEA REGISTRADA DE MANERA OPORTUNA Y CORRECTA, GARANTIZANDO LA CONTINUIDAD Y LA CALIDAD DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN, , EL PROCESO DE DILIGENCIAMIENTO Y REGISTRO DE LA HISTORIA CLÍNICA SE REALIZA DE MANERA COMPLETA, SISTEMÁTICA Y EN ESTRICTO CUMPLIMIENTO CON LAS NORMATIVAS VIGENTES, GARANTIZANDO LA CALIDAD Y LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA. ESTE PROCESO RESPALDA LAS INTERVENCIONES REALIZADAS A CADA PACIENTE, ASEGURANDO LA TRAZABILIDAD Y EL SOPORTE TÉCNICO Y ÉTICO DE LAS ACCIONES TERAPÉUTICAS |
|---|--|

SE GENERA CONSULTA DESDE EL PERFIL DE PSICOLOGÍA EN CONSULTA EXTERNA, EN EL MARCO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD, EN MODALIDAD INTRAMURAL EN EL CENTRO DE SALUD ANTONIO NARIÑO Y EN MODALIDAD DOMICILIARIA. SE REALIZÓ UNA EVALUACIÓN EXHAUSTIVA DEL PACIENTE, ESTABLECIENDO

| 5  | OBJETIVOS TERAPÉUTICOS CLAROS Y PERSONALIZADOS, RESPETANDO EN TODO MOMENTO LAS NORMAS ÉTICAS Y DE CONFIDENCIALIDAD A LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCION 1197 DE 2024   |           |        |
|--|---|-----------|--------|
| 6  | SE GARANTIZA EL CUMPLIMIENTO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS PARA EL DESARROLLO DE CADA CONSULTA, CONFORME A LOS LINEAMIENTOS NORMATIVOS Y PROTOCOLARIOS DE LA SUBRED. EN PARALELO, SE IMPLEMENTA UNA GESTIÓN TEMPORAL QUE ATIENDE LA CONTINGENCIA ACTUAL EN LA SECRETARÍA DE SALUD DESDE LAS SOLICITUDES DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD, PRIORIZANDO LA COMUNICACIÓN EFECTIVA Y EL AGENDAMIENTO OPORTUNO DE LOS USUARIOS. DICHO PROCESO INVOLUCRA LA VALIDACIÓN DE LA BASE DE DATOS, LA ASIGNACIÓN Y REASIGNACION DE CITAS SEGUIMIENTO A LAS MISMAS.  |           |        |
| 7  | EL PROCESO INCLUYE LA RECEPCIÓN DE ÓRDENES POR PARTE DE LA SECRETARÍA DE SALUD, EN EL CUAL SE REALIZA UNA VERIFICACIÓN DETALLADA DE LOS CÓDIGOS EN EL SISTEMA SISPRO. UNA VEZ CONFIRMADOS LOS CÓDIGOS, SE PROCEDE A CARGAR LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD EN EL APLICATIVO ESPECÍFICO. ESTE PROCEDIMIENTO GARANTIZA QUE LOS DATOS SE REGISTREN DE FORMA CORRECTA Y SE MANTENGAN ACTUALIZADOS EN EL SISTEMA PARA SU ADECUADO SEGUIMIENTO Y CONSULTA, SE GENERA COMUNICACION Y APLICACION DEL INSTRUMENTO DE ADHERENCIA, FRENTE AL PROCESO DE CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD Y LA PECEPCION DEL PACIENTE EN LA PRESTACION DEL SERVICIO.   |           |        |
| 8  | SE REALIZA UN SEGUIMIENTO OPORTUNO DE LOS USUARIOS PENDIENTES PARA LA VALORACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD, GARANTIZANDO QUE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS PARA CADA FASE DEL PROCESO SEAN CUMPLIDOS. SE LLEVA A CABO UNA REVISIÓN EXHAUSTIVA DE LA INFORMACIÓN PROPORCION   |           |        |
| 9  | SE CUMPLER CON LA ASISTENCIA A LOS ENCUENTROS CONVOCADOS POR LA SECRETARÍA DE SALUD Y EL MINISTERIO SE REALIZA CON EL PROPÓSITO DE GARANTIZAR UNA COMUNICACIÓN EFECTIVA Y ARTICULADA EN TORNO AL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD. ESTOS ESPACIOS SE ENFOCAN EN LA SOCIALIZACIÓN DE SOLICITUDES, GESTIONES ADMINISTRATIVAS Y TÉCNICAS, ASÍ COMO EN LA RESOLUCIÓN DE INQUIETUDES QUE PUEDAN SURGIR DURANTE LA FASE INICIAL DEL PROCESO, DESDE EL PROCESO DE GESTION DOCUMENTAL DEL NUEVO CONTRATO A EJECUTAR, SE EALIZA EL PROCESO DE CREACION, CONSOLIDACION Y GESTION DE INFORME 4 TRIMESTRE PARA MINISTERIO DE SALUD ENCUENTROS CON LAS DIVERSAS AREAS DE LA SUBREDCENTRO ORIENTE EN PRO DE LA GESTION DE LOS DIVERSOS SOPORTES QUE SE DEBEN SOLICITAR PARA EL CIERRE DE LA RESOLUCION1539 DE 2025 Y LA GESTION DE LAS DIVERSAS FIRMAS QUE ESTOS DEBEN SER ENVIADOS.   |           |        |
| 10   | SE REALIZA LA GESTIÓN, SOLICITUD Y RADICACIÓN DE LA INFORMACIÓN SOLICITADA POR LA SECRETARÍA DE SALUD, GESTIO, CREACION Y RADICACION DEL INFORME MENSUAL PARA FFDS, QUE SON ESENCIALES EN EL PROCESO DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD. RECOPIRAR, ORGANIZAR Y ENVIAR LOS DOCUMENTOS NECESARIOS, SOLICITANDO INFORMACIÓN ADICIONAL CUANDO SEA NECESARIO Y ASEGURANDO QUE TODA LA DOCUMENTACIÓN SE ENTREGUE DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS, CONFORME A LOS REQUERIMIENTOS DE LA SECRETARÍA DE SALUD. SE GENERA EL ENVIO DE INFORME MENSUAL, DE CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES, SOLICITUD DE FIRMAS CONTRACTUALES, Y DOCUMENTACION REQUERIDA PARA EL PROCESO, INICIO ESTRUCUTAL Y CONTRACTUAL DE LAVIGENCIA 2026 DE CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD CON FFD, GESTION, CONSOLIDACION Y RADICACION DE INFORME DE SGESTION, CONSOLIDADO A 2025, INFORME SINANCIERO DE LA RESOLUCION 1539 Y DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO, RECOLECCION DE FIRMAS PARA LOSSOPORTES GESTIONADOS, GESTON DE DOCUMENTACION CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD, AUDITORIA CONTRALORIA, DIGITACION DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS VIGENCIA 2025 CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD, REUNIONES ESTABLECIDADAS CON LA DIRECCION DE AMBULATORIOS PARA TOMA DE DESICIONES FRENTE AL PROCESO Y AVANCE DEL CONVENIO. |           |        |
| <b>III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS</b>  |   |           |        |
| <b><i>SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</i></b>  |   |           |        |
| 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 <b>clausula "Forma de Pago, CERTIFICO</b> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2026-01-01) AL (2026-01-31) |   |           |        |
| <b>IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL</b>   |   |           |        |
| No. DE PLANILLA:   | N° 1077961397   | OPERADOR: | SIMPLE |

| CONCEPTO DEL PAGO   | ENTIDAD   | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO      |
|---------------------|-----------|---------------|-------------------|
| SALUD:              | COMPENSAR | 2026/01/07    | \$ 187.400        |
| PENSIÓN:            | PORVENIR  | 2026/01/07    | \$ 239.900        |
| RIESGOS LABORALES:  | POSITIVA  | 2026/01/07    | \$ 36.600         |
| OTRO                |           |               |                   |
| <b>TOTAL PAGADO</b> |           |               | <b>\$ 463.900</b> |

**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 ibr 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

|  |  |
|--|--|
| <b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>  |  <p><i>JENNIFER ALEXANDRA HERNANDEZ SEPULVEDA</i><br/> <i>PS_1189_2025_DE52B4</i></p> <hr/> <p><b>JENNIFER ALEXANDRA HERNANDEZ SEPULVEDA</b><br/> <b>CC: 1023905581</b></p> |
| <b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b> |  <p><i>FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO</i><br/> <i>PS_1189_2025_DE52B4</i></p> <hr/> <p><b>FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO</b><br/> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b></p>              |



# PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION  
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-01-08, 04:36:25 AM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1077961397

Periodo Cotización: diciembre de 2025

Periodo Servicio: diciembre de 2025

Referencia pago (PIN): 8823136724

## PAGADO 07/01/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

|                            |  |                           |                     |
|----------------------------|--|---------------------------|---------------------|
| <b>Razón Social</b>        | JENNIFER ALEXANDRA HERNANDEZ SEPULVEDA |                           |                     |
| <b>Documento</b>           | CC1023905581                           | <b>Dirección</b>          | CR 12 #27 - 51      |
| <b>Tipo de Empresa</b>     | INDEPENDIENTE                          | <b>Teléfono</b>           | 3159268669          |
| <b>Tipo Persona</b>        | NATURAL                                | <b>Forma Presentación</b> | ÚNICO               |
| <b>Ciudad</b>              | BOGOTA D.C.                            | <b>Departamento</b>       | BOGOTA D.C.         |
| <b>Representante Legal</b> |  | <b>Identificación</b>     |                     |
| <b>Total Afiliados</b>     | 1                                      | <b>ARP</b>                | POSITIVA DE SEGUROS |

### 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 | TAE | TAE | TAP | TAP | USP | COR | USU | STN | IGU | UMC       | AVP | AVP | AVP   | IRP | IRP | Días FER | Días EPS | Días ANE | 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 1023905581      | JENNIFER ALEXANDRA HERNANDEZ SEPULVEDA | 59             | 00                |           |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |           |     |     |       |     |     | 0        | 30       | 30       | 30       | 0              | (230301) PORVENIR | \$ 1.498.880   | \$ 239.900     | (EPS008) COMPENSAR EPS | \$ 1.498.880 | \$ 187.400 | 2.436       | \$ 1.498.880   | \$ 36.600      | (NIN-CC) NINGUNA CCF | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0 | \$ 0              | \$ 0  | \$ 463.900 |

### 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 |
|--------------|--------------|--------------|-----------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------|--|-------------------|--------------------------------|-------------------------|-------------|
| \$ 1.498.880 | \$ 1.498.880 | \$ 1.498.880 | \$ 0      | \$ 239.900      | \$ 187.400    | \$ 36.600       | \$ 0          | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0                  | \$ 0   | \$ 0              | \$ 463.900                     | \$ 0                    | \$ 463.900  |