DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA: SUBDIRECCION DE GARANTIA DEL ASEGURAMIENTO – DIRECCION DE ASEGURAMIENTO Y GARANTIA DEL DERECHO A LA SALUD	**CONTRATO No. 9030342**	**PERIODO DEL CONTRATO:** Fecha de Inicio: Fecha de Inicio:26/01/2026 Fecha de Terminación: 31/12/2026
ENTIDAD CONTRATANTE: **Fondo Financiero Distrital de Salud**		**PLAZO DE EJECUCIÓN:** *Trescientos treinta y cinco días (335)* **PRÓRROGA: *N/A***
CONTRATISTA: **DEYANIRA MALAGON SANCHEZ**		Fecha de Inicio (Prórroga): ***N/A*** Fecha de Terminación (Prórroga): ***N/A*** **SUSPENSIÓN: *N/A***
SUPERVISOR (Nombre y cargo): *Juan Carlos Ordoñez Garzón* *Subdirección de Garantía del aseguramiento – Profesional Especializado Código 222 Grado 27*		Fecha de Inicio (Suspensión): ***N/A*** Nueva Fecha de Terminación (Suspensión): ***N/A*** **PERIODO DEL INFORME: 01/02/2026 – 28/02/2026**
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios técnicos en la Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud - Subdirección de Garantía del Aseguramiento, para apoyar la verificación de requisitos técnicos y financieros de la facturación de prestadores y lo relacionado con la auditoría de cuentas medicas de los servicios de salud prestados a la población no asegurada		

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 42.422.167
VALOR ADICIÓN (SI APLICA):	$ 0,00
VALOR INDEXACIÓN (SI APLICA):	$ 0,00
VALOR CEDIDO	$ 0,00
VALOR A LIBERAR	$ 0,00
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA O CESIONARIO	$633.167
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$ 3.799.000
SALDO POR EJECUTAR:	$37.990.000

ACTIVIDADES ESPECIFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL		
OBLIGACIONES (Las estipuladas	**AVANCE ACTIVIDADES** (Desarrolladas en el periodo objeto del informe - referente a la obligación)	**EVIDENCIAS O SOPORTE** (Con respecto a la actividad desarrollada y donde reposan)

<table>
<tr><td>en la minuta del contrato)</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>1. Efectuar el proceso de revisión técnico-administrativa y formular las glosas sobre las facturas presentadas al Fondo Financiero Distrital de Salud por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS por servicios prestados a la población a cargo de la Entidad Territorial, en la cantidad, metodología y oportunidad de acuerdo con la normatividad vigente.</td><td>Por parte de la Contratista se registró en la Matriz de Excel que se trabaja en el área de cuentas medicas área de radicación Radicados (489), Verificaciones (1858), Devoluciones (121) en el periodo comprendido del 01/02/2026 al 28/02/2026.
<table>
<tr><th>NOMBRE IPS</th><th>VALOR RADICADO</th><th>TOTAL RADICADO</th></tr>
<tr><td>CLINICA LA COLINA SAS</td><td>$ 639.002</td><td>1</td></tr>
<tr><td>CLINICA MEDICAL SAS</td><td>$ 13.291.323</td><td>1</td></tr>
<tr><td>CORPORACION JUAN CIUDAD</td><td>$ 73.250.995</td><td>1</td></tr>
<tr><td>ESE HOSPITAL SAMARITANA</td><td>$ 32.989.840</td><td>7</td></tr>
<tr><td>FUNDACION CARDIOLOGIA</td><td>$ 72.247.355</td><td>1</td></tr>
<tr><td>HOSPITAL MILITAR CENTRAL</td><td>$ 65.492.078</td><td>2</td></tr>
<tr><td>INSTITUTO CANCEROLOGIA ESE</td><td>$ 15.854.019</td><td>2</td></tr>
<tr><td>SOCIEDAD DE SAN JOSE</td><td>$ 24.485.681</td><td>1</td></tr>
<tr><td>SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E.</td><td>$ 234.441.011</td><td>119</td></tr>
<tr><td>SUBRED NORTE E.S.E.</td><td>$ 19.523.408</td><td>22</td></tr>
<tr><td>SUBRED SUR E.S.E.</td><td>$ 358.840.721</td><td>83</td></tr>
<tr><td>SUBRED SUR OCCIDENTE E.S.E.</td><td>$ 386.581.750</td><td>249</td></tr>
<tr><td>Total general</td><td>$ 1.297.637.183</td><td>489</td></tr>
</table>
<table>
<tr><th colspan="3">VERIFICACION Febre-2026</th></tr>
<tr><th>NOMBRE IPS</th><th>VALOR VERIFICADO</th><th>RADICADO</th></tr>
<tr><td>ADMINISTRADORA LA COLINA SAS</td><td>$ 639.002</td><td>1</td></tr>
<tr><td>CLINICA MEDICAL SAS</td><td>$ 45.593.290</td><td>3</td></tr>
<tr><td>CORPORACION JUAN CIUDAD</td><td>$ 80.191.355</td><td>2</td></tr>
<tr><td>ESE HOSPITAL SAMARITANA</td><td>$ 21.403.299</td><td>6</td></tr>
<tr><td>FUNDACION CARDIOLOGIA</td><td>$ 72.247.355</td><td>1</td></tr>
<tr><td>INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA</td><td>$ 20.949.177</td><td>5</td></tr>
<tr><td>JUNICAL MEDICAL SAS</td><td>$ 7.864.859</td><td>1</td></tr>
<tr><td>SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E.</td><td>$ 1.178.468.389</td><td>691</td></tr>
<tr><td>SUBRED NORTE E.S.E.</td><td>$ 520.103.749</td><td>293</td></tr>
<tr><td>SUBRED SUR E.S.E.</td><td>$ 689.428.135</td><td>217</td></tr>
<tr><td>SUBRED SUR OCCIDENTE E.S.E.</td><td>$ 759.018.751</td><td>638</td></tr>
<tr><td>Total general</td><td>$ 3.395.907.361</td><td>1858</td></tr>
</table></td><td>ANEXO 01
Se anexa Excel nombrado Evidencias Informe Radicación cuentas medicas 28022026.Se cargan las evidencias en el aplicativo SECOPII</td></tr>
</table>

<table>
<tr>
<td></td>
<td>
<table>
<tr><th colspan="3">Devoluciones Febrero-2026</th></tr>
<tr><th>NOMBRE IPS</th><th>VALOR DEVOLUCION</th><th>TOTAL DEVOLUCIONES</th></tr>
<tr><td>INSTITUTO CANCEROLOGIA ESE</td><td>$ 100.000</td><td>2</td></tr>
<tr><td>SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E.</td><td>$ 121.664.470</td><td>61</td></tr>
<tr><td>SUBRED NORTE E.S.E.</td><td>$ 37.621.983</td><td>23</td></tr>
<tr><td>SUBRED SUR E.S.E.</td><td>$ 35.283.191</td><td>8</td></tr>
<tr><td>SUBRED SUR OCCIDENTE E.S.E.</td><td>$ 5.259.200</td><td>27</td></tr>
<tr><td>Total general</td><td>$ 199.928.844</td><td>121</td></tr>
</table>
Se realiza el respectivo análisis según normatividad vigente Resolución 2284 de 2023, Resolución 3047 de 2008 anexo 5.
</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. Apoyar en la revisión técnico-administrativa en la sede administrativa de la IPS, cuando se requiera o lo determine el Supervisor del contrato.</td>
<td>
Se realizaron 121 oficios en el sistema de información AGILSALUD con el objetivo de informar a cada Subred el motivo de la devolución y realizar la gestión correspondiente para subsanar dicha devolución.
<table>
<tr><th colspan="3">Devoluciones Febrero-2026</th></tr>
<tr><th>NOMBRE IPS</th><th>VALOR DEVOLUCION</th><th>TOTAL DEVOLUCIONES</th></tr>
<tr><td>INSTITUTO CANCEROLOGIA ESE</td><td>$ 100.000</td><td>2</td></tr>
<tr><td>SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E.</td><td>$ 121.664.470</td><td>61</td></tr>
<tr><td>SUBRED NORTE E.S.E.</td><td>$ 37.621.983</td><td>23</td></tr>
<tr><td>SUBRED SUR E.S.E.</td><td>$ 35.283.191</td><td>8</td></tr>
<tr><td>SUBRED SUR OCCIDENTE E.S.E.</td><td>$ 5.259.200</td><td>27</td></tr>
<tr><td>Total general</td><td>$ 199.928.844</td><td>121</td></tr>
</table>
</td>
<td>ANEXO 02
Se anexa Excel nombrado Evidencias Informe Radicación cuentas medicas 28022026.Se cargan las evidencias en el aplicativo SECOPII</td>
</tr>
<tr>
<td>3 realizar la verificación de las explicaciones y/o</td>
<td>Durante el periodo del 01 al 28 de febrero 2026 se identificaron un total de 121 devoluciones distribuidas entre las Subredes Integradas de Servicios de Salud, agrupadas por los siguientes conceptos:</td>
<td>ANEXO 03
Se anexa Excel nombrado Evidencias Informe Radicación cuentas medicas</td>
</tr>
</table>

documentos aportados por las entidades a las glosas parciales formuladas por la secretaria Distrital de Salud, participar en la conciliación de cuentas y en la elaboración de los documentos que soporten la conciliación con la entidad que prestó los servicios de salud.

NOMBRE IPS	VALOR DEVOLUCION	TOTAL DEVOLUCIONES
INSTITUTOCANCEROLOGIA ESE	**$ 100.000**	**2**
INCONSISTENCIA EN PLATAFORMA RIPS No CONTRATO	$ 50.000	1
OTRO RESPONSABLE DE PAGO - DE1601	$ 50.000	1
SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E.	**$ 121.664.470**	**61**
AUSENCIA TIPO DE DOCUMENTO	$ 854.700	1
FECHA DE EGRESO ANTES 01/02/2025 - 3047	$ 135.608	1
MAS DE 22 DIAS - DE5601	$ 8.440.141	6
OTRO RESPONSABLE DE PAGO - DE1601	$ 13.471.963	15
REGIMEN CONTRIBUTIVO	$ 9.597.488	3
REGIMEN OTRO	$ 93.964	1
REGIMEN SUBSIDIADO	$ 88.546.062	33
(en blanco)	$ 524.544	1
SUBRED NORTE E.S.E.	**$ 37.621.983**	**23**
INCONSISTENCIA EN PLATAFORMA RIPS No CONTRATO	$ 21.029.000	5
MAS DE 22 DIAS - DE5601	$ 478.571	2
OBSERVACION No CONTRATO FEV	$ 803.500	8
OTRO RESPONSABLE DE PAGO - DE1601	$ 115.000	1
REGIMEN OTRO	$ 1.408.546	1
REGIMEN SUBSIDIADO	$ 13.787.366	6
SUBRED SUR E.S.E.	**$ 35.283.191**	**8**
MAS DE 22 DIAS - DE5601	$ 1.468.293	1
OTRO RESPONSABLE DE PAGO - DE1601	$ 32.883.569	6
REPARTICION DE CUENTA	$ 931.329	1
SUBRED SUR OCCIDENTE E.S.E.	**$ 5.259.200**	**27**
FECHAS CORRESPONDIENTES A CONTRATO	$ 1.221.600	23
OTRO RESPONSABLE DE PAGO - DE1601	$ 3.841.400	1
REGIMEN OTRO	$ 88.800	1
REGIMEN SUBSIDIADO	$ 107.400	2
Total general	**$ 199.928.844**	**121**

28022026.Se cargan las evidencias en el aplicativo SECOPII

4.Presentar con el	Se elaboraron (20) veinte informes hasta el 28 de Febrero de 2026, se registraron un total de 3152	**ANEXO 04**

<table>
<tr>
<td>informe de actividades en cuadro anexo el valor de las facturas auditadas y conciliadas, de servicios de salud prestados a la población con cargo al Fondo Financiero Distrital de Salud-FFDS, por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS.</td>
<td>radicados, por valor de $6.066.727.158, de acuerdo con la radicación diaria presentada por las diferentes Ips-Subredes, realizando la verificación detallada de los siguientes aspectos:
• Valores asociados a cada caso
• Fecha de ingreso del paciente/usuario
• Fecha de egreso del paciente/usuario
• Tipo de servicio brindado
Esta revisión se lleva a cabo con el objetivo de garantizar la correcta radicación de la información y la trazabilidad de los datos, permitiendo así un adecuado seguimiento administrativo y operativo.
<table>
<tr><th colspan="3">TOTAL RADICADOS FEBRERO -2026</th></tr>
<tr><th>NOMBRE IPS</th><th>VALOR RADICADO</th><th>TOTAL RADICADOS</th></tr>
<tr><td>ADMINISTRADORA CLINICA LA COLINA SAS</td><td>$ 639.002</td><td>1</td></tr>
<tr><td>ADMINISTRADORA COUNTRY SA</td><td>$ 2.253.248</td><td>2</td></tr>
<tr><td>Centros Medicos Colsanitas</td><td>$ 1.908.827</td><td>5</td></tr>
<tr><td>CLINICA DE LA MUJER SAS</td><td>$ 956.893</td><td>1</td></tr>
<tr><td>CLINICA DEL OCCIDENTE SA</td><td>$ 8.573.037</td><td>2</td></tr>
<tr><td>CLINICA MEDICAL SAS</td><td>$ 80.172.533</td><td>4</td></tr>
<tr><td>CLINICA MEDICENTRO FAMILIAR IPS</td><td>$ 3.563.669</td><td>1</td></tr>
<tr><td>CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD</td><td>$ 80.191.355</td><td>2</td></tr>
<tr><td>CRUZ ROJA SECCIONAL CUNDINAMARCA</td><td>$ 2.430.815</td><td>6</td></tr>
<tr><td>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA</td><td>$ 54.393.139</td><td>13</td></tr>
<tr><td>FUNDACION CARDIOLOGIA</td><td>$ 72.247.355</td><td>1</td></tr>
<tr><td>FUNDACION AMBIENTE FUNSABIAM</td><td>$ 300.330.976</td><td>44</td></tr>
<tr><td>HOSPITAL MILITAR CENTRAL</td><td>$ 73.152.791</td><td>6</td></tr>
<tr><td>HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO</td><td>$ 17.810.677</td><td>2</td></tr>
<tr><td>INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA ESE</td><td>$ 20.949.177</td><td>5</td></tr>
<tr><td>JUNICAL MEDICAL SAS</td><td>$ 7.864.859</td><td>1</td></tr>
<tr><td>SOCIEDAD DE SAN JOSE</td><td>$ 27.768.132</td><td>2</td></tr>
<tr><td>SUBRED INTEGRADA CENTRO ORIENTE E.S.E.</td><td>$ 1.649.301.245</td><td>885</td></tr>
<tr><td>SUBRED INTEGRADA NORTE E.S.E.</td><td>$ 676.282.139</td><td>376</td></tr>
</table>
</td>
<td>Se anexa Excel nombrado Evidencias Informe Radicación cuentas medicas 28022026.Se cargan las evidencias en el aplicativo SECOPII</td>
</tr>
</table>

	SUBRED INTEGRADA SUR E.S.E.	$ 920.712.406	289	
	SUBRED INTEGRADA SUR OCCIDENTE E.S.E.	$ 2.065.224.883	1504	
	Total general	**$ 6.066.727.158**	**3152**	
5.Realizar el diligenciamiento del formato de reconocimiento y pago de la facturación según resultados de auditoría y conciliación, con las facturas y los soportes ordenados de acuerdo a la relación registrada en el formato.	Se elaboraron (20) veinte informes hasta el 28 de Febrero de 2026, se registraron un total de 3152 radicados, por valor de $6.066.727.158, de acuerdo con la radicación diaria presentada por las diferentes Ips-Subredes, realizando la verificación detallada de los siguientes aspectos: • **Valores** asociados a cada caso • **Fecha de ingreso** del paciente/usuario • **Fecha de egreso** del paciente/usuario • **Tipo de servicio** brindado Esta revisión se lleva a cabo con el objetivo de garantizar la correcta radicación de la información y la trazabilidad de los datos, permitiendo así un adecuado seguimiento administrativo y operativo.			**ANEXO 05** Se anexa Excel nombrado Evidencias Informe Radicación cuentas medicas 31012026.Se cargan las evidencias en el aplicativo SECOPII .

TOTAL RADICADOS FEBRERO -2026

NOMBRE IPS	VALOR RADICADO	TOTAL RADICADOS
ADMINISTRADORA CLINICA LA COLINA SAS	$ 639.002	1
ADMINISTRADORA COUNTRY SA	$ 2.253.248	2
Centros Medicos Colsanitas	$ 1.908.827	5
CLINICA DE LA MUJER SAS	$ 956.893	1
CLINICA DEL OCCIDENTE SA	$ 8.573.037	2
CLINICA MEDICAL SAS	$ 80.172.533	4
CLINICA MEDICENTRO FAMILIAR IPS	$ 3.563.669	1
CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD	$ 80.191.355	2
CRUZ ROJA SECCIONAL CUNDINAMARCA	$ 2.430.815	6
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA	$ 54.393.139	13
FUNDACION CARDIOLOGIA	$ 72.247.355	1
FUNDACION AMBIENTE FUNSABIAM	$ 300.330.976	44
HOSPITAL MILITAR CENTRAL	$ 73.152.791	6
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO	$ 17.810.677	2
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA ESE	$ 20.949.177	5

	JUNICAL MEDICAL SAS	$ 7.864.859	1		
	SOCIEDAD DE SAN JOSE	$ 27.768.132	2		
	SUBRED INTEGRADA CENTRO ORIENTE E.S.E.	$ 1.649.301.245	885		
	SUBRED INTEGRADA NORTE E.S.E.	$ 676.282.139	376		
	SUBRED INTEGRADA SUR E.S.E.	$ 920.712.406	289		
	SUBRED INTEGRADA SUR OCCIDENTE E.S.E.	$ 2.065.224.883	1504		
	Total general	**$ 6.066.727.158**	**3152**		
6.Asistir a las reuniones convocadas por las diferentes dependencias de la Secretaría Distrital de Salud, y las demás que el supervisor requiera para el cumplimiento del objeto del presente contrato.	1.Asistió a reunión para seguimiento al proceso de auditoria en las Subredes, IPS y radicación el día 11 de Febrero de 2026 2.Asistió a capacitación del nuevo contrato firmado con las Subredes vigencia 2025 – 2027 el día 25 de febrero de 2026.				**Anexo 6** Se adjunta soporte mensual de actividades realizadas desde el 01 al 28 de Febrero de 2026. Se Adjunta soporte de acta de reunión realizada el 25 de Febrero e 2026.Se cargan las evidencias en el aplicativo SECOPII.

ESTADO TEMAS PENDIENTES DE TRÁMITE
En el desarrollo de las obligaciones pactadas no quedan actividades pendientes por ejecutar.
DECLARACIÓN: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las asignaciones realizadas, efectivamente desarrolladas en el periodo indicado en el mismo, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.
INFORMACIÒN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL

APORTES EN SALUD		APORTES EN PENSIÓN		APORTES RIESGOS LABORALES	
Empresa:	FAMISANAR	Empresa:	COLPENSIONES	Empresa:	Sura
				Nivel Riesgo:	1
Suma cancelada:	$36.500	Suma cancelada:	$46.700	Suma cancelada:	$ 1.600
No Planilla:	6004994396	No Planilla:	6004994396	No Planilla:	6004994396
Mes(es) cancelado(s):	Enero 2026	Mes(es) cancelado(s):	Enero 2026	Mes(es) cancelado(s):	Enero 2026

EN CASO DE INFORME FINAL DE EJECUCIÓN					
Relación de usuario y clave de acceso al equipo de cómputo:	N/A	Relación de usuarios y clave de acceso a los sistemas de información (SICAF, AGILSALUD, SICAPITAL, SIIAS, SIRC, SIDBA, SIPROJ, ETC.), si aplica a sus actividades:	N/A	Relación y entrega de archivos físicos y back up de información de archivos digitales, resultado de su gestión. (por favor indicar nombres, cantidades y ubicación):	N/A

FIRMA DEL CONTRATISTA	
CONTRATISTA	**NOMBRES Y APELLIDOS: DEYANIRA MALAGON SANCHEZ**
	FIRMA: Deyanira Malagon S. Firmado digitalmente por Deyanira Malagon S. Fecha: 2025.12.02 10:29:57 -05'00'
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 52.335.636

INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO	
Que, de conformidad con el informe de actividades presentado para el periodo indicado en el mismo, el supervisor da cuenta del cumplimiento de las actividades específicas, obligaciones del contratista desarrolladas de acuerdo con el objeto contractual, las cuales fueron descritas en el informe, y según el periodo de ejecución reportado. Acreditando un cumplimiento hasta la fecha de reporte del 1.76 % de ejecución del contrato.	**OTRAS OBSERVACIONES:** N/A

Certifico que el contratista realizó la entrega de actividades y bienes a cargo incluyéndola devolución del carné que lo identifica como contratista.	

INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS DEL CONTRATO

En la siguiente tabla se registra e informa el estado de los riesgos de la etapa contractual (ejecución), reportados en la matriz de riesgos de los estudios previos al corte de este informe:

Nº	***Descripción del Riesgo***	***¿Se materializo el riesgo? (Marque con una X)***		***Observaciones (Describa la(s) causa(s) por las cuales se materializo el riesgo)***
		SI	***NO***	
8	Cambio de régimen NO responsables de IVA a Común o viceversa a cargo del contratista		*X*	----
9	Inadecuado manejo de la información a la cual tiene acceso el contratista		*X*	----
10	Demoras por parte de la entidad contratante (Supervisor) en la aprobación de los productos y/o informes presentados por el contratista		*X*	----

SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO: JUAN CARLOS ORDOÑEZ GARZON** **FIRMA:** El presente informe es suscrito por la supervisión de manera electrónica a través de la plataforma SECOP II módulo plan de pagos, de conformidad con las condiciones establecidas por la Agencia Nacional de Contratación Pública-Colombia Compra Eficiente en su calidad de administradora del Sistema Electrónico para la Contratación Pública SECOP**.**

REVISÓ	**NOMBRE Y APELLIDO: N/A** **FIRMA:**

NOTAS:

** El presente informe da cumplimiento a lo citado en la ISO 9001:2015, en relación con el numeral 8.4.1.*
** Anexo: Comprobantes de pago de aportes al sistema de seguridad social en salud y pensión, Certificado ARL y Orden de Pago.*
** Para el cálculo del % de ejecución del contrato se deben tener en cuenta las adiciones si aplica.*

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52335636
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DEYANIRA MALAGON SANCHEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL 1 B 51 A 52	TELÉFONO:	3172610
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6004994396**	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):	2026/02/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	50895693

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
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 46.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 46.700	$ 0	$ 46.700
SUBTOTALES:										**$ 46.700**	**$ 0**	**$ 46.700**

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
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 36.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 36.500	$ 0	$ 0	$ 36.500
SUBTOTALES:													**$ 36.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 36.500**

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	$ 1.600	$ 1.600	$ 0	$ 0	$ 1.600
SUBTOTALES:									**$ 1.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 1.600**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 5.900	$ 0	$ 5.900
SUBTOTALES:			**$ 5.900**	**$ 0**	**$ 5.900**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES									
																										PENSIÓN									SALUD						ARP															
																													FSP		APORTES VOLUNTARIOS																CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU	
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	SUBSISTENCIA	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	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 52335636	MALAGON SANCHEZ DEYANIRA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO	26																25-14 COLPENSIONES	5	$ 291.818	$ 46.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 46.700	EPS017-FAMISANAR	5	$ 291.818	$ 36.500	$ 0	$ 36.500	14-11 - ARL SURA	5	$ 291.818	52335636	$ 1.600	5	$ 291.818	CCF24-COMPENSAR	$ 5.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 90.700

Medellín, 02 de marzo de 2026

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que DEYANIRA MALAGON SANCHEZ identificado(a) con C52335636 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C523356362606161791

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.19