

LA E.S.E. HOSPITAL SANTA ISABEL DEL MUNICIPIO DE SAN PEDRO DE LOS MILAGROS  
NIT. 800.014.405-2

NÚMERO DE CUENTA DE COBRO:

FECHA DIA  MES  AÑO

DEBE A:

NOMBRE CONTRATISTA

IDENTIFICACIÓN: CC  NIT  NUMERO

LA SUMA DE:

VALOR EN LETRAS

VALOR EN NUMEROS

CONTRATO No.

OBJETO:

SUPERVISOR YIGENI CARDENAS MAZO

PERIODO A COBRAR COMPRENDIDO ENTRE: FECHA  Y FECHA

TELÉFONO CONTRATISTA

FAVOR CONSIGNAR EN LA CUENTA N°

ENTIDAD BANCARIA : BANCOLOMBIA

AHORROS  CORRIENTE



FIRMA CONTRATISTA



**INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE  
PRESTACIÓN DE SERVICIOS A LA E.S.E.  
HOSPITAL SANTA ISABEL**

**Código: FO-MC-02**

**Versión: 01**

**Página 1 de 1**

<b>CONTRATISTA:</b>	STIVENSON ARENAS PEREZ
<b>DOCUMENTO DE IDENTIDAD</b>	1042765560
<b>CONTRATO NRO:</b>	CPS-070-2026-EBS
<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	Prestación de servicios para coordinar y orientar los equipos básicos de salud (EBS) en la conformación, operación y seguimiento de las actividades para el fortalecimiento de la atención primaria en salud, a favor de la E.S.E. Hospital Santa Isabel del municipio de San Pedro de los Milagros
<b>VALOR DEL CONTRATO:</b>	DOCE MILLONES DE PESOS (\$12.000.000)
<b>FORMA DE PAGO:</b>	LA ESE HOSPITAL SANTA ISABEL PAGARÁ AL CONTRATISTA EN TRES (03) PAGOS ASÍ: TRES PAGOS POR CUATRO MILLONES DE PESOS M/L (\$4.000.000), CONFORME A LA PRESENTACIÓN DE LA CUENTA DE COBRO POR PARTE DEL CONTRATISTA, PREVIA PRESENTACIÓN DEL INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES, CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO CONTRATADO EXPEDIDA POR EL FUNCIONARIO SUPERVISOR, COMPROBANTE DE PAGO DE LOS APORTES RELATIVOS AL SISTEMA INTEGRAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y CUMPLIMIENTO DEL RESPECTIVO TRÁMITE INTERNO PARA EL PAGO
<b>DURACIÓN DEL CONTRATO:</b>	TRES (03) MESES CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE continúa SIN SUPERAR EL 31 DE DICIEMBRE DE 2026
<b>FECHA DE INICIO DEL CONTRATO:</b>	20-01-2025
<b>FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO:</b>	19-04-2026
<b>FECHA DE EJECUCIÓN</b>	20 de enero al 19 de abril del 2026
<b>SUPERVISOR DEL CONTRATO:</b>	YIGENI CARDENAS MAZO

<b>Elaboró: Subdirección científica</b>	<b>Revisó Calidad</b>	<b>Aprobó: Gerencia</b>
<b>Fecha Elaboración: junio 2025</b>	<b>Fecha de Revisión: junio 2025</b>	<b>Fecha Aprobación: junio 2025</b>



**INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE  
PRESTACIÓN DE SERVICIOS A LA E.S.E.  
HOSPITAL SANTA ISABEL**

**Código: FO-MC-02**

**Versión: 01**

**Página 1 de 1**

**IDENTIFICACIÓN DEL  
TERRITORIO**

COORDINADOR EBS

<b>Elaboró: Subdirección científica</b>	<b>Revisó Calidad</b>	<b>Aprobó: Gerencia</b>
<b>Fecha Elaboración: junio 2025</b>	<b>Fecha de Revisión: junio 2025</b>	<b>Fecha Aprobación: junio 2025</b>



**INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE  
PRESTACIÓN DE SERVICIOS A LA E.S.E.  
HOSPITAL SANTA ISABEL**

**Código: FO-MC-02**

**Versión: 01**

**Página 1 de 1**

**DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL CONTRATISTA EN EL PERIODO**

PERIODO DEL INFORME Y DE LA CERTIFICACIÓN CORRESPONDIENTE AL PAGO		20/01/2026 - 19/02/2026 Primera cuota contractual		
PROGRAMA O PROYECTO		APS EBS		
PERFIL EN EL PROYECTO O PROGRAMA		COORDINADOR EBS ENFERMERO.		
N	OBLIGACIONES CONTRACTUALES (Transcribir del contrato)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO DE COBRO.	INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS	FOTOGRAFÍA O SOPORTE (LINK)
1. Realizar la gestión técnica administrativa que incluye:	1.1. supervisión operativa y monitoreo:	a. Una visita mensual a la entidad hospitalaria contratante.	En el primer mes de ejecución se realizó acompañamiento presencial programado a la entidad hospitalaria contratante, cumpliendo con el 33,33% de las visitas planeadas para el contrato.	
		b. Elaboración de informes detallados según	Esta visita permitió verificar las condiciones operativas de los equipos básicos en salud. Como producto de esta visita, se elaboró	

<b>Elaboró: Subdirección científica</b>	<b>Revisó Calidad</b>	<b>Aprobó: Gerencia</b>
<b>Fecha Elaboración: junio 2025</b>	<b>Fecha de Revisión: junio 2025</b>	<b>Fecha Aprobación: junio 2025</b>



**INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE  
PRESTACIÓN DE SERVICIOS A LA E.S.E.  
HOSPITAL SANTA ISABEL**

**Código: FO-MC-02**

**Versión: 01**

**Página 1 de 1**

	<p>1.2. Realizar la correspondient e planificación estratégica y operación de los equipos:</p>	<p>lineamientos y solicitudes que se requieran.</p> <p>a. Adquisición y entrega de insumos y herramientas de trabajo (Formatos e insumos administrativos).</p>	<p>revisión a las entregas de material para el siguiente mes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se continúa el proceso de adquisición y entrega de insumos administrativos necesarios para la operación, logrando para el porcentaje de 33,33% de esta actividad y referenciando con los datos para interoperabilidad de Nueva EPS y Savia salud. Logrando la identificación de las Intervenciones por momento del curso de vida</li> <li>- Se revisan formatos estandarizados, herramientas digitales básicas y materiales de apoyo para el trabajo de campo se modifican.</li> </ul> <p>Formato de canalización, Formato de caracterización.</p>	
--	--	--	---	--

<p align="center"><b>Elaboró: Subdirección científica</b></p>	<p align="center"><b>Revisó Calidad</b></p>	<p align="center"><b>Aprobó: Gerencia</b></p>
<p align="center"><b>Fecha Elaboración: junio 2025</b></p>	<p align="center"><b>Fecha de Revisión: junio 2025</b></p>	<p align="center"><b>Fecha Aprobación: junio 2025</b></p>




**INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE  
PRESTACIÓN DE SERVICIOS A LA E.S.E.  
HOSPITAL SANTA ISABEL**

**Código: FO-MC-02**

**Versión: 01**

**Página 1 de 1**

			- Estos insumos fueron distribuidos a los equipos base, permitiendo iniciar la organización sistemática de la información requerida	
	1.3. Realizar la articulación intersectorial necesaria para el correcto funcionamiento de los equipos básicos en salud	a. Reuniones con EPS, IPS y actores locales (ej. ICBF, Secretarías de Salud).	NO Se llevó a cabo reunión	No se logró realizar concertación
<b>2. Sistemas de Información incluye:</b>	2.1. Realizar capacitación intensiva en SÍ-APS y Aplicativos necesarios para la operación y la articulación (3	(3 talleres virtuales prácticos), incluye materiales digitales, honorarios de expertos y	Se ejecutó el primer ciclo de talleres APS, cubriendo así el 33,33 %de esta actividad. La sesión contó con la participación del personal de EBS y abordó conceptos como: Entorno educativo, entorno institucional, entorno laboral entorno y entorno familiar, se generan y distribuyeron materiales	 <b>INDUCCION</b>

<b>Elaboró: Subdirección científica</b>	<b>Revisó Calidad</b>	<b>Aprobó: Gerencia</b>
<b>Fecha Elaboración: junio 2025</b>	<b>Fecha de Revisión: junio 2025</b>	<b>Fecha Aprobación: junio 2025</b>



**INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE  
PRESTACIÓN DE SERVICIOS A LA E.S.E.  
HOSPITAL SANTA ISABEL**

**Código: FO-MC-02**

**Versión: 01**

**Página 1 de 1**

	talleres virtuales prácticos), incluye materiales digitales, honorarios de expertos y profesionales de apoyo.	profesionales de apoyo.	digitales de apoyo. Estos talleres se realizan de manera presencial. Y para quienes no estuvieron se procura realizar sesiones virtuales.	
	2.2. Realizar monitoreo avanzado de indicadores:	a. <i>Análisis de datos (mensuales) y apoyo en la generación de reportes necesarios para soportar ante el ministerio PISIS y SISPRO.</i>	Se continúa el proceso de análisis de datos con la revisión del tercer conjunto de indicadores operativos, representando 33,33% del trabajo total previsto en este componente. Este análisis preliminar permitió identificar tendencias y puntos críticos que requieren atención prioritaria en los próximos meses.	INFORME PRIMER MES.
	2.3. Realizar apoyo a supervisión de historias familiares	a. Cumplimientos y seguimiento a las canalizaciones y remisiones en proceso de	Se realizó el primer seguimiento técnico a los procesos de canalización y se orientó a los equipos la remisión de casos, verificando el cumplimiento de los lineamientos establecidos. Esta actividad mostró un avance del del 33,33%, con especial atención a la correcta	<a href="#">32. SOPORTE DE CANALIZACIONES</a>

<b>Elaboró: Subdirección científica</b>	<b>Revisó Calidad</b>	<b>Aprobó: Gerencia</b>
<b>Fecha Elaboración: junio 2025</b>	<b>Fecha de Revisión: junio 2025</b>	<b>Fecha Aprobación: junio 2025</b>



**INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE  
PRESTACIÓN DE SERVICIOS A LA E.S.E.  
HOSPITAL SANTA ISABEL**

**Código: FO-MC-02**

**Versión: 01**

**Página 1 de 1**

		acuerdo con el lineamiento.	documentación de los procesos en el sistema de información y el cargue adecuado de familias en los formularios.  Se realiza aplicativo para seguimiento por medio del formato de canalizaciones herramienta para el uso de personal de EBS.	<a href="https://gemini.google.com/share/aaa839156cb5">https://gemini.google.com/share/aaa839156cb5</a>
--	--	-----------------------------	---	---

<b>Elaboró: Subdirección científica</b>	<b>Revisó Calidad</b>	<b>Aprobó: Gerencia</b>
<b>Fecha Elaboración: junio 2025</b>	<b>Fecha de Revisión: junio 2025</b>	<b>Fecha Aprobación: junio 2025</b>



**INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE  
PRESTACIÓN DE SERVICIOS A LA E.S.E.  
HOSPITAL SANTA ISABEL**

**Código: FO-MC-02**

**Versión: 01**

**Página 1 de 1**

				<p><b>Seguimiento a EBS y 3280</b> Caracterización Res 3280 • Cruce de Susceptibles impulsado por IA</p> <p><b>1 Cargar Población y Analizar (Res. 3280)</b> Sube los archivos de territorio. El sistema extraerá demografía contando familias (por archivo) y pacientes únicos, y medirá el total real de Servicios Canalizados y Efectividad basándose en todas las filas registradas.</p> <p>Cargar Canalizaciones</p> <p><b>2 Cargar Bases Susceptibles (El Cruce)</b> Sube las bases de NUEVA EPS y SAVIA SALUD. Cruzaremos la población única caracterizada arriba contra estas bases para hallar pendientes.</p> <p>Seleccionar Bases Susceptibles</p> <p>Plataforma de Análisis desarrollada bajo dirección de <b>Stivenon Arenas Perez</b> ENFERMERO SALUBRISTA 3128506270</p>
--	--	--	--	---

<b>Elaboró: Subdirección científica</b>	<b>Revisó Calidad</b>	<b>Aprobó: Gerencia</b>
<b>Fecha Elaboración: junio 2025</b>	<b>Fecha de Revisión: junio 2025</b>	<b>Fecha Aprobación: junio 2025</b>



**INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE  
PRESTACIÓN DE SERVICIOS A LA E.S.E.  
HOSPITAL SANTA ISABEL**

**Código: FO-MC-02**

**Versión: 01**

**Página 1 de 1**

3. <b>Capacitación y Acompañamiento que incluye:</b>	3.1. Capacitación y Acompañamiento	a. Talleres (4 sesiones virtuales) con enfoques: <i>Por de perfiles de equipos básicos.</i>	Se desarrolló la primera de las cuatro sesiones de capacitación programadas, dirigida específicamente a los perfiles de los equipos básicos. Esta sesión cubrió los aspectos fundamentales de apertura de la resolución 0711 de continuidad y permitió identificar necesidades específicas de formación que serán abordadas en las próximas sesiones. de igual manera se dan talleres específicos por equipos básicos cumpliendo así el 100% de lo programado para cada uno de los entornos según el enfoque poblacional	<a href="#">8. PLAN DE TRABAJO</a>
	3.2 Acompañamiento personalizado.	a. <i>Visitas especializadas o asistencia virtuales (ej. PDET, ZOMAC NUEVAS RESOLUCIONES FORMULARIOS E INFORMES) con enfoque en</i>	Para este periodo contractual no se realiza visitas por parte de estas entidades.  Se brinda asistencia para la operación de resolución 2025 en 2026 y especialistas 2026	<a href="#">ACTAS DSSA Y MINISTERIO</a>

<b>Elaboró: Subdirección científica</b>	<b>Revisó Calidad</b>	<b>Aprobó: Gerencia</b>
<b>Fecha Elaboración: junio 2025</b>	<b>Fecha de Revisión: junio 2025</b>	<b>Fecha Aprobación: junio 2025</b>



**INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE  
PRESTACIÓN DE SERVICIOS A LA E.S.E.  
HOSPITAL SANTA ISABEL**

**Código: FO-MC-02**

**Versión: 01**

**Página 1 de 1**

		<i>resolución de problemas.</i>		
	3.3 Evaluación y retroalimentación	a. Apoyo en la elaboración de insumos para cierre de la actividad de los equipos básicos en salud.	<p>Se acuerda brindar apoyo en la elaboración de insumos técnicos y administrativos necesarios para el cierre de las actividades de los Equipos Básicos en Salud (EBS), reportando el estado de la sistematización de información, la consolidación de aprendizajes y la identificación de áreas de mejora.</p> <p>Los resultados de esta evaluación se integrarán en un informe final de cierre de ciclo operativo, que servirá como base para los siguientes seguimientos y para la proyección de la operación escalonada de los EBS en el territorio.</p>	<p><a href="https://drive.google.com/drive/folders/1LT1Q2ErKZOB8y1cFG6oreQhmfVje6Rut?usp=sharing">https://drive.google.com/drive/folders/1LT1Q2ErKZOB8y1cFG6oreQhmfVje6Rut?usp=sharing</a></p>
4. cumplir con el cronograma de actividades propuesto.	4.1 Cronograma de planeación	Sistematización de cronogramas en línea.	El proyecto ha mantenido un cumplimiento del 100% en todas las actividades programadas para el tercer mes, ajustándose estrictamente al cronograma establecido inicialmente. No se presentaron retrasos significativos	<p><a href="#">8. PLAN DE TRABAJO</a> en esta carpeta reposa el plan de trabajo de cada uno de los equipos básicos con los cronogramas individuales por cada miembro del equipo.</p>

<b>Elaboró: Subdirección científica</b>	<b>Revisó Calidad</b>	<b>Aprobó: Gerencia</b>
<b>Fecha Elaboración: junio 2025</b>	<b>Fecha de Revisión: junio 2025</b>	<b>Fecha Aprobación: junio 2025</b>



**INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE  
PRESTACIÓN DE SERVICIOS A LA E.S.E.  
HOSPITAL SANTA ISABEL**

**Código: FO-MC-02**

**Versión: 01**

**Página 1 de 1**

			<p>que afecten la programación global del proyecto.</p> <p>Queda cargado en el Drive Institucional la elaboración de cronogramas para cada actividad y periodo de tiempo.</p>	
<p>5. Entrega de los soportes y evidencias generados en el desarrollo del objeto contractual</p>	<p>5.1 Cargue de soportes y evidencias en drive institucional</p>	<p>Manejo del drive Institucional</p>	<p>Documentos recopilados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● i) Informe de visita de supervisión</li> <li>● ii) Actas de reuniones</li> <li>● iii) Materiales de capacitación</li> </ul> <p>b) Registros disponibles:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ i) Asistencia a talleres</li> <li>○ ii) Reportes preliminares en carpetas de planes de cuidado y caracterizaciones. esquema de entrega de documentación en línea</li> <li>○ iii) Evidencias fotográficas</li> </ul>	<p><a href="#">0 GESTION DOCUMENTAL.</a></p> <p>Ha quedado limitado y con acceso únicamente a miembros del equipo.</p>

<b>Elaboró: Subdirección científica</b>	<b>Revisó Calidad</b>	<b>Aprobó: Gerencia</b>
<b>Fecha Elaboración: junio 2025</b>	<b>Fecha de Revisión: junio 2025</b>	<b>Fecha Aprobación: junio 2025</b>



**INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE  
PRESTACIÓN DE SERVICIOS A LA E.S.E.  
HOSPITAL SANTA ISABEL**

**Código: FO-MC-02**

**Versión: 01**

**Página 1 de 1**

<p>6. Presentación de un informe que consolide todas las acciones ejecutadas en el proceso, de acuerdo con actividades y/o tareas realizadas.</p>	<p>6.1 Informe Final de Contratación</p>	<p>Elaboración de informe de las acciones ejecutadas</p>	<p>Se realiza el informe final de contratación queda cargado en carpeta en línea de la cuota 1 contractual.</p>	
---	--	--	---	--

**ANEXOS:**

**A CONTINUACIÓN, DEJAR EVIDENCIAS DE LISTADOS ASISTENCIA, DOCUMENTOS, PRESENTACIONES, TODO AQUELLO QUE SOPORTE LA EJECUCIÓN DE SUS ACTIVIDADES EN LÍNEA CON LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES**

**DOCUMENTOS** Pegue link de documentos que realizo e indique uno por uno (actas, oficios, informes)

**PLANILLAS DE ASISTENCIA** (relación las planillas y

1	Componente financiero	<a href="https://drive.google.com/drive/folders/1nqqRq1HHRclB0yTkubn0-JNKOYg21kqh?usp=drive_link">https://drive.google.com/drive/folders/1nqqRq1HHRclB0yTkubn0-JNKOYg21kqh?usp=drive_link</a>
---	-----------------------	---

**CONCEPTO GENERAL**

<p><b>Elaboró:</b> Subdirección científica</p>	<p><b>Revisó:</b> Calidad</p>	<p><b>Aprobó:</b> Gerencia</p>
<p><b>Fecha Elaboración:</b> junio 2025</p>	<p><b>Fecha de Revisión:</b> junio 2025</p>	<p><b>Fecha Aprobación:</b> junio 2025</p>



**INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE  
PRESTACIÓN DE SERVICIOS A LA E.S.E.  
HOSPITAL SANTA ISABEL**

**Código: FO-MC-02**

**Versión: 01**

**Página 1 de 1**

En desarrollo del objeto contractual del -2026, se vienen ejecutando a cabalidad las actividades descritas en el contrato, alcanzando un avance estimado del 33,33 %de 100% del total de actividades programadas, con todas sus metodologías, por lo que se procede a realizar la entrega del informe parcial correspondiente del 20 de enero al 19 de febrero de 2026 y sus evidencias, encausando el pago por valor de **CUATRO MILLONES DE PESOS M.L. (\$4.000.000)** soportado en la respectiva factura electrónica de venta.

Atentamente,

Firma y cédula  
1.042.765.560

<b>Elaboró: Subdirección científica</b>	<b>Revisó Calidad</b>	<b>Aprobó: Gerencia</b>
<b>Fecha Elaboración: junio 2025</b>	<b>Fecha de Revisión: junio 2025</b>	<b>Fecha Aprobación: junio 2025</b>

## PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1042765560	NÚMERO PLANILLA:	<b>6008304076</b>	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	ITUANGO	DEPARTAMENTO:	STIVENSON ARENAS PEREZ	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES febrero AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES febrero AÑO 2026
CIUDAD/MUNICIPIO:	CRA 19 19 9	TELÉFONO:	8643291	DÍAS DE MORA:	0	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	106554586
DIRECCIÓN:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/03/03		
TIPO APORTANTE:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.				
TIPO EMPRESA:	ÚNICO						
FORMA DE PRESENTACIÓN:							
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

TOTAL APORTES A PENSIÓN													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 320.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 320.000	\$ 0	\$ 0	\$ 320.000
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 320.000</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 320.000</b>

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
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 250.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 250.000	\$ 0	\$ 0	\$ 250.000
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 250.000</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 250.000</b>	

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			
14-25	14-25-COLMENA	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 48.800	\$ 48.800	\$ 0	\$ 0	\$ 48.800	\$ 0	\$ 0	\$ 48.800
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 48.800</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 48.800</b>		

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES										
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO								
CCF04	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	1	\$ 12.000	\$ 0	\$ 12.000								
<b>SUBTOTALES:</b>			<b>\$ 12.000</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 12.000</b>								

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																																					
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										PENSIÓN										SEGURIDAD SOCIAL										SALUD										ARP										PARAFISCALES									
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TAE	TAP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	A/P	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP	APORTES VOLUNTARIOS	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APOORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APOORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APOORTE	DÍAS COT	IBC	CCF	SENA	ICBF	ESAP	MINEDU																		
1	CC 1042765560	ARENAS PEREZ STIVENSON	INDEPENDIENTE	CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	\$ 2.000.000				NO																	230301-PORVENIR	30	2.000.000	\$ 320.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 320.000	EPS037-NUEVA EPS	30	2.000.000	\$ 250.000	\$ 0	\$ 250.000	14-25-COLMENA	30	2.000.000	\$ 48.800	\$ 0	\$ 48.800	104276556	2.000.000	30	2.000.000	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	\$ 12.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0												

**TOTAL PAGADO: \$ 630.800**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1042765560
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	STIVENSON ARENAS PEREZ		
CIUDAD/MUNICIPIO:	ITUANGO DEPARTAMENTO:		ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CRA 19 19 9	TELÉFONO:	8643291
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
NÚMERO PLANILLA:	<b>6005902827</b>	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: enero	PERIODO COTIZACIÓN	MES: enero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD:	AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	10		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/02/23	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	82009218

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL					
				TOTALES	
				COTIZANTES	TOTAL PAGADO
<b>PENSIÓN</b>					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
8002248088	230301	230301-PORVENIR		1	\$ 322.100
<b>SUBTOTAL:</b>				1	<b>\$ 322.100</b>
<b>SALUD</b>					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
9001562642	EPS037	EPS037-NUEVA EPS		1	\$ 251.600
<b>SUBTOTAL:</b>				1	<b>\$ 251.600</b>
<b>CAJA DE COMPENSACIÓN</b>					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
8909008419	CCF04	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA		1	\$ 12.100
<b>SUBTOTAL:</b>				1	<b>\$ 12.100</b>
<b>RIESGOS PROFESIONALES</b>					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
8002261753	14-25	14-25-COLMENA		1	\$ 49.200
<b>SUBTOTAL:</b>				1	<b>\$ 49.200</b>

<b>VALOR SIN MORA:</b>	<b>\$ 630.800</b>
<b>VALOR MORA:</b>	<b>\$ 4.200</b>
<b>TOTAL PAGADO:</b>	<b>\$ 635.000</b>

## PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1042765560	NÚMERO PLANILLA:	<b>6008304076</b>	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	ITUANGO	DEPARTAMENTO:	STIVENSON ARENAS PEREZ	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES febrero AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES febrero AÑO 2026
CIUDAD/MUNICIPIO:	CRA 19 19 9	TELÉFONO:	8643291	DÍAS DE MORA:	0	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	106554586
DIRECCIÓN:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/03/03		
TIPO APORTANTE:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.				
TIPO EMPRESA:	ÚNICO						
FORMA DE PRESENTACIÓN:							
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

TOTAL APORTES A PENSIÓN													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 320.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 320.000	\$ 0	\$ 0	\$ 320.000
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 320.000</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 320.000</b>

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
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 250.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 250.000	\$ 0	\$ 0	\$ 250.000
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 250.000</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 250.000</b>	

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			
14-25	14-25-COLMENA	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 48.800	\$ 48.800	\$ 0	\$ 0	\$ 48.800	\$ 0	\$ 0	\$ 48.800
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 48.800</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 48.800</b>		

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES										
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO								
CCF04	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	1	\$ 12.000	\$ 0	\$ 12.000								
<b>SUBTOTALES:</b>			<b>\$ 12.000</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 12.000</b>								

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																																					
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										PENSIÓN										SEGURIDAD SOCIAL										SALUD										ARP										PARAFISCALES									
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	A/P	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP	APORTES VOLUNTARIOS	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APOORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APOORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APOORTE	DÍAS COT	IBC	CCF	SENA	ICBF	ESAP	MINEDU																		
1	CC 1042765560	ARENAS PEREZ STIVENSON	INDEPENDIENTE	CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	\$ 2.000.000				NO																	230301-PORVENIR	30	2.000.000	\$ 320.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 320.000	EPS037-NUEVA EPS	30	2.000.000	\$ 250.000	\$ 0	\$ 250.000	14-25-COLMENA	30	2.000.000	\$ 48.800	\$ 0	\$ 48.800	1042765560	30	2.000.000	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	\$ 12.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0													

**TOTAL PAGADO: \$ 630.800**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1042765560
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	STIVENSON ARENAS PEREZ		
CIUDAD/MUNICIPIO:	ITUANGO DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA	
DIRECCIÓN:	CRA 19 19 9	TELÉFONO:	8643291
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
NÚMERO PLANILLA:	<b>6008304076</b>	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: febrero	PERIODO COTIZACIÓN	MES: febrero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD:	AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/03/03	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	106554586

NOVEDADES																	
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	

LIQUIDACIÓN GENERAL			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO

PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	\$ 320.000
<b>SUBTOTAL:</b>			<b>1</b>	<b>\$ 320.000</b>

SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9001562642	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	\$ 250.000
<b>SUBTOTAL:</b>			<b>1</b>	<b>\$ 250.000</b>

CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909008419	CCF04	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	1	\$ 12.000
<b>SUBTOTAL:</b>			<b>1</b>	<b>\$ 12.000</b>

RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002261753	14-25	14-25-COLMENA	1	\$ 48.800
<b>SUBTOTAL:</b>			<b>1</b>	<b>\$ 48.800</b>

<b>VALOR SIN MORA:</b>	<b>\$ 630.800</b>
<b>VALOR MORA:</b>	<b>\$ 0</b>
<b>TOTAL PAGADO:</b>	<b>\$ 630.800</b>