Ocaña, 13 de abril de 2026

Señores:
ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES

Asunto: PRESENTACIÓN DE CUENTA.

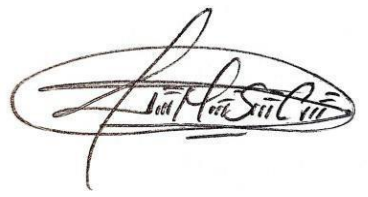
LAURA MARCELA SANCHEZ CONTRERAS, identificado (a) con la cédula de ciudadanía 1091662064 expedida **OCAÑA**, me permito mediante el presente escrito, presentar los documentos que se anexan a la presente para que sean revisados por quien corresponda en la ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares, con base a los siguientes datos, a saber:

VALOR DEL CONTRATO	$ 6.900.000
VALOR CUENTA A PRESENTAR	$3.450.000
PERIODO DEL SERVICIO PRESTADO	DEL 12 DE MARZO AL 11 DE ABRIL DE 2026
SUPERVISOR DEL CONTRATO	HOLGER ALEXIS SANTOS MALDONADO

Se presentan como soporte de la cuenta correspondiente, los siguientes documentos:

	CONTRATISTA	
SOPORTES	**APLICA**	**CUMPLE**
1. Factura Electrónica	NO	
2.Cuenta de Cobro	SI	X
3. Informe de Actividades	SI	X
4. Pago de la Planilla de seguridad social	SI	X

Atentamente,



LAURA MARCELA SANCHEZ CONTRERAS
CC.1091662064

ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES
NIT 890.501.438-1

CUENTA DE COBRO No.1
CONTRATO No 125-2026

DEBE A:
LAURA MARCELA SANCHEZ
CONTRERAS
CC. 1.091.662.064

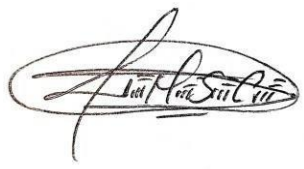
LA SUMA DE:
TRES MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS MCTE. ($3.450.000)

PERIODO:
DEL 12 DE MARZO AL 11 DE ABRIL DE 2026

POR CONCEPTO DE: PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA EJECUCION DE LA RESOLUCION 212 DEL 2025 DE EQUIPOS BASICOS EN SALUD, EN LA ZONA RURAL DEL MUNICIPIODE OCAÑA DEFINIDOS PARA LA EJECUCION DE LA RESOLUCION DE LOS LINEAMIOEMTOS EMITIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION PARA LA E.S.E HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES.

"Se tomarán como Costos o Deducciones Asociados a la Rentas de Trabajo por los **Servicios Prestados (Rentas Exentas del Numeral 10 del Artículo 206 de ET"**	SI	NO
	X	

Cordialmente,



LAURA MARCELA SANCHEZ CONTRERAS
C.C.1091662064
CELULAR: 3232899399
CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA AHORROS: 31897456578

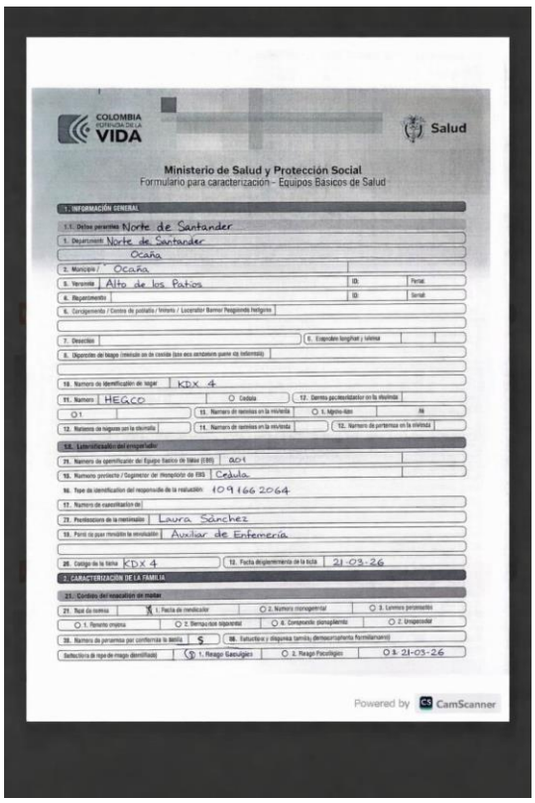
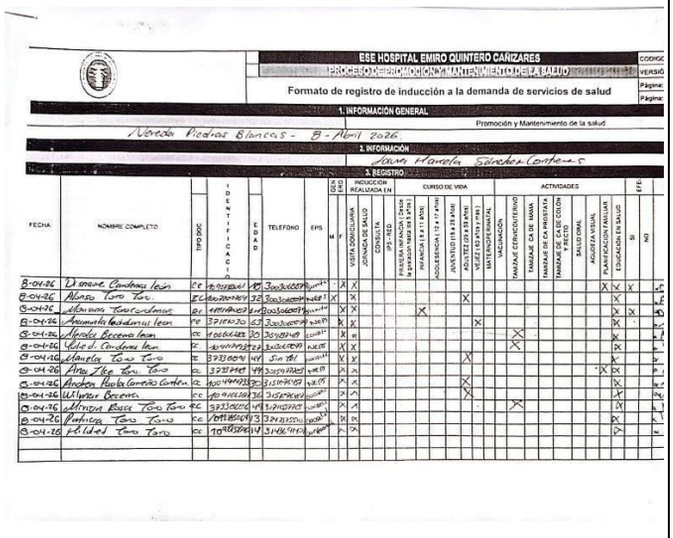
INFORME DE ACTIVIDADES

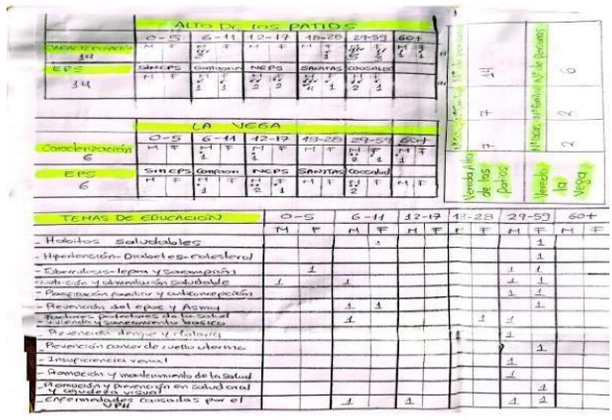
INFORMACIÓN GENERAL			
NOMBRE	LAURA MARCELA SANCHEZ CONTRERAS	**CÉDULA**	1.091.662.064
SUPERVISOR	SUBGERENCIA CIENTIFICA	**SERVICIO/ÁREA**	H.E.Q.C. – PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN
PERFIL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	**PERIODO DEL INFORME**	12 DE MARZO AL 11 DE ABRIL 2026
No. CONTRATO	125-2026		
OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA EJECUCION DE LA RESOLUCION 212 DEL 2025 DE EQUIPOS BASICOS EN SALUD, EN LA ZONA RURAL DEL MUNICIPIODE OCAÑA DEFINIDOS PARA LA EJECUCION DE LA RESOLUCION DE LOS LINEAMIOEMTOS EMITIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION PARA LA E.S.E HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES		
VIGENCIA	2 MESES		

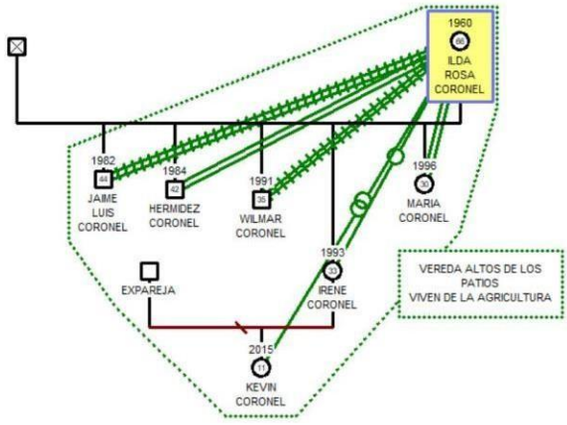
CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES ESPECÍFICAS

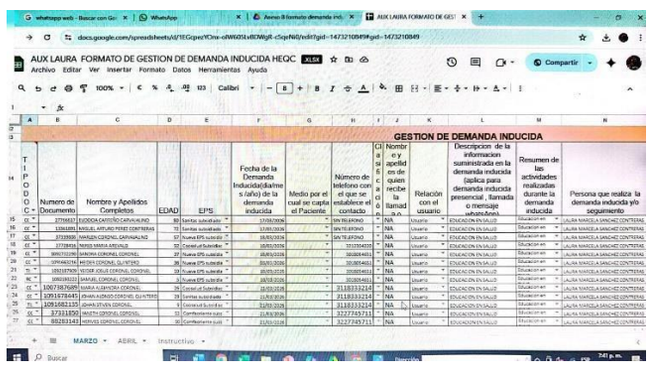
Se desarrollaron actividades obligacionales para la ejecución del contrato de prestación de servicios profesionales o de apoyo a la gestión durante el periodo indicado, mediante las siguientes actividades**:**

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD EJECUTADA	EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD
1.REALIZAR Y APOYAR EL PROCESO DE CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN CON UNA META MÍNIMA DE 150 MENSUALES MEDIANTE LA APLICACIÓN DE LOS FORMULARIOS DE CARACTERIZACIÓN APS, UTILIZANDO LA APLICACIÓN SURVEY 123 Y/O SI-APS OTRA HERRAMIENTA TECNOLÓGICA IMPLEMENTADA DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, ASEGURANDO LA VERACIDAD DE LOS DATOS RECOLECTADOS.	SE REALIZÓ LA CARACTERIZACIÓN SOCIOAMBIENTAL INDIVIDUAL Y FAMILIAR DEL MICROTERRITORIO MEDIANTE EL DILIGENCIAMIENTO DIARIO DEL FORMATO EN FISICO DE CARACTERIZACION. Y SE REGISTRÓ EN EL ARCHIVO EXCEL EL NÚMERO DE VIVIENDAS HABITADAS, DESHABITADAS Y LAS PERSONAS CLASIFICADAS POR CICLO DE VIDA.	

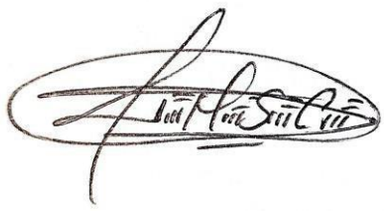
2.REVISAR LA CALIDAD DE LOS DATOS REGISTRADOS EN CADA FORMULARIO, GARANTIZANDO QUE TODOS LOS FORMULARIOS SEAN ENVIADOS CORRECTAMENTE A TRAVÉS DE LA APLICACIÓN. SE DEBERÁ ASEGURAR QUE LOS FORMULARIOS EN ESTADO DE "BORRADOR" NO SEAN VÁLIDOS, SIENDO ÚNICAMENTE VÁLIDOS AQUELLOS QUE HAYAN SIDO ENVIADOS CORRECTAMENTE.	SE REALIZÓ LA REVISIÓN DE LA CALIDAD DE LOS DATOS RECOLECTADOS EN CADA FORMULARIO, GARANTIZANDO SU VERACIDAD CONSISTENCIA Y COMPLETITUD. DEBIDO A FALLAS EN EL FUNCIONAMIENTO DE LA APLICACIÓN EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN SE LLEVÓ A CABO DE MANERA MANUAL EN CUADERNO DE CAMPO, ASEGURANDO LA VALIDACIÓN DE LOS DATOS ANTES DE SU POSTERIOR DIGITACIÓN. UNA VEZ RESTABLECIDA LA HERRAMIENTA SE PROYECTA EL CARGUE DE LA INFORMACIÓN, GARANTIZANDO QUE ÚNICAMENTE SE CONSIDEREN VÁLIDOS LOS FORMULARIOS CORRECTAMENTE DILIGENCIADOS Y ENVIADOS EN LA PLATAFORMA.	
3.CANALIZAR A LOS USUARIOS A LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIO DE SALUD PRIMARIA SEGÚN LOS RIESGOS IDENTIFICADOS DE MORTALIDAD EVITABLE Y LA DISCAPACIDAD PREVENIBLE Y A TRAVÉS DE LA DEMANDA INDUCIDA A LAS FAMILIAS SOBRE EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS DE SALUD Y DE OTROS SECTORES DE ACUERDO CON SUS NECESIDADES (SOPORTAR CON UN ACTA EN EL QUE SE EVIDENCIE AL MENOS EL 70% DE LA EFECTIVIDAD).	SE INFORMÓ A LAS FAMILIAS, MEDIANTE LA ESTRATEGIA DE DEMANDA INDUCIDA, SOBRE EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS DE SALUD Y DE OTROS SECTORES DISPONIBLES EN LA COMUNIDAD. LA INFORMACIÓN SE BRINDÓ DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES IDENTIFICADAS EN CADA HOGAR. LA ENTREGA SE REALIZÓ DIARIAMENTE, GARANTIZANDO COBERTURA TOTAL EN LAS SALIDAS E INTERVENCIONES PROGRAMADAS.	
4.CUMPLIR LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES CORRESPONDIENTES A SU PERFIL PROFESIONAL QUE INCLUYEN, PERO NO SE LIMITA: TOMA DE SIGNOS VITALES RELACIONADOS CON EL CUIDADO Y SEGUIMIENTO DE LA SALUD, Y ACTIVIDADES DE BÚSQUEDA Y SEGUIMIENTO Y CONTROL DENTRO DE	DOY CUMPLIMIENTO A LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES CORRESPONDIENTES A MI PERFIL PROFESIONAL MEDIANTE LA EJECUCIÓN DE ACCIONES INTEGRALES QUE INCLUYEN LA TOMA DE SIGNOS VITALES, EL SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD DE LOS USUARIOS Y EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE	

LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD, ASEGURANDO EL CUMPLIMIENTO DE METAS, SEGUIMIENTO ADECUADO, DENTRO DEL MARCO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018.	BÚSQUEDA ACTIVA, CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD. LO ANTERIOR SE REALIZA GARANTIZANDO EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS ESTABLECIDAS, ASÍ COMO EL SEGUIMIENTO OPORTUNO DE CALIDAD, EN EL MARCO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018.	
5. REALIZAR MÍNIMO 150 PLANES DE CUIDADO MENSUALES, LOS CUALES DEBEN COINCIDIR CON LAS PERSONAS, HOGARES Y COMUNIDADES CARACTERIZADAS Y LAS EDUCACIONES IMPARTIDAS SOPORTADA EN LOS INSTRUMENTOS CORRESPONDIENTES UTILIZANDO LA APLICACIÓN SI-APS U OTRA HERRAMIENTA TECNOLÓGICA IMPLEMENTADA DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, ASEGURANDO LA VERACIDAD DE LOS DATOS RECOLECTADOS; SIENDO EL PRINCIPAL SUMINISTRO DE LAS ACTIVIDADES ESPECIALES Y SE TOMARÁ PARA EL SEGUIMIENTO DE APROBACIÓN DE INFORME DE ACTIVIDADES.	SE IDENTIFICARON LAS CONDICIONES DE SALUD DE LOS MIEMBROS DE LAS FAMILIAS Y SUS HOGARES, LO QUE PERMITIÓ LA ELABORACIÓN DE PLANES DE CUIDADO COHERENTES CON LOS HOGARES CARACTERIZADOS. ADEMÁS, SE REALIZARON ACTAS EDUCATIVAS ORIENTADAS AL FORTALECIMIENTO DE HÁBITOS SALUDABLES Y LA PROMOCIÓN DEL BIENESTAR FAMILIAR.	 
6. REMITIR DE MANERA OPORTUNA LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA POR EL COORDINADOR PARA EVALUAR EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO, INCLUYENDO: INFORME EN MEDIO FÍSICO Y MAGNÉTICO DE LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS, CRONOGRAMA Y OTROS DOCUMENTOS REQUERIDOS POR EL SUPERVISOR, CONFORME A SUS FACULTADES.	DOY CUMPLIMIENTO A MIS FUNCIONES A TRAVEZ DE LA ENTREGA PORTUNA DE LA DOCUMENTACION SOLICITADA POR LA COORDINADORA, INCLUYENDO INFORMES, CRONOGRAMA Y SOPORTES DE LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS EN LOS MEDIOS REQUERIDOS.	

7. IDENTIFICAR LAS PRIORIDADES DE RESPUESTA INDIVIDUAL, FAMILIAR Y COMUNITARIA POR EDAD, SEXO-GÉNERO, ETNIA, ENTRE OTRAS CARACTERÍSTICAS PERTINENTES Y POR MICRO TERRITORIOS ASIGNADOS QUE DEBEN SER SOPORTADOS EN LAS ACTAS DE CARTOGRAFÍA, DETERMINANTES Y BARRERAS.	SE IDENTIFICARON LAS PRIORIDADES DE RESPUESTA A NIVEL INDIVIDUAL, FAMILIAR Y COMUNITARIO, CONSIDERANDO EDAD, GÉNERO, ETNIA Y CONDICIONES DEL TERRITORIO. A TRAVÉS DE LAS ACTAS DE CARTOGRAFÍA SE EVIDENCIARON NECESIDADES EN SALUD, EDUCACIÓN Y BIENESTAR SOCIAL. SE PRIORIZARON ACCIONES PARA MEJORAR EL ACCESO A SERVICIOS BÁSICOS Y FORTALECER LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA.	
8. BRINDAR COMO MÍNIMO 20 EDUCACIONES GRUPALES Y 20 DE EDUCACIONES INDIVIDUALES AL MES PARA LA SALUD E INFORMACIÓN ORIENTADA A LA PROMOCIÓN DE LA SALUD PREVENCIÓN EN LA ENFERMEDAD, IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS DE ALARMA Y ADOPCIÓN DE PRÁCTICAS DE CUIDADO DE SÍ MISMO Y DE LOS DEMÁS Y DE SU ENTORNO SEGÚN CICLO DE VIDA (SOPORTADA CON MATERIAL IMPRESO O FÍSICO INFORMATIVO LISTA DE ASISTENCIA Y MÁS DE TRES FOTOS POR ACTA)	SÉ REALIZAR EDUCACIONES EDUCATIVAS ORIENTADAS A LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD, ABORDANDO TEMAS DE AUTOCUIDADO, SIGNOS DE ALARMA Y PRÁCTICAS SALUDABLES SEGÚN EL CICLO DE VIDA, CADA ACTIVIDAD FUE SOPORTADA CON MATERIAL INFORMATIVO IMPRESO, LISTA DE ASISTENCIA Y REGISTRO FOTOGRÁFICO CON MÁS DE TRES EVIDENCIAS POR ACTA.	 
9. APOYAR EN LA REALIZACIÓN DE INSTRUMENTOS DURANTE LA CARACTERIZACIÓN. A) FAMILIOGRAMA, B) APGAR FAMILIAR, C) ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT y D) ECOMAPA.	SE APLICARON Y DIGITALIZARON LOS INSTRUMENTOS DE CARACTERIZACIÓN (FAMILIOGRAMA, APGAR FAMILIAR, ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT Y ECOMAPA) A LAS PERSONAS Y HOGARES INTERVENIDOS DURANTE EL MES. LA INFORMACIÓN RECOLECTADA COINCIDIÓ CON LAS VISITAS REALIZADAS, GARANTIZANDO COHERENCIA Y VERACIDAD EN LOS DATOS REGISTRADOS.	

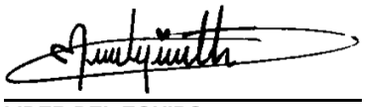
10. GESTIONAR LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD (PROMOCIÓN DE LA SALUD, EDUCACIÓN, PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y CUIDADOS PALIATIVOS) DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES IDENTIFICADAS, REALIZANDO LA CANALIZACIÓN A LAS DIFERENTES MODALIDADES (EXTRAMURAL, INTRAMURAL EMPRENDEDOR PRIMARIO O COMPLEMENTARIO Y TELEMEDICINA. A TRAVÉS DEL DILIGENCIAMIENTO DEL ACCESO 5.1 Y GESTIÓN EFECTIVA DE LA NECESIDAD DE LA PERSONA FAMILIA Y COMUNIDAD.	SE GESTIONÓ LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD SEGÚN LAS NECESIDADES IDENTIFICADAS, GARANTIZANDO EL ACCESO A PROMOCIÓN, PREVENCIÓN, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y CUIDADOS PALIATIVOS. LAS PERSONAS Y FAMILIAS FUERON CANALIZADAS A LAS MODALIDADES EXTRAMURAL, INTRAMURAL Y TELEMEDICINA. TODA LA GESTIÓN SE REGISTRÓ EN EL ANEXO 5.1, ASEGURANDO UNA ATENCIÓN INTEGRAL Y OPORTUNA.	 
11. REALIZAR SEGUIMIENTO EFECTIVO A LOS HALLAZGOS E INTERVENCIONES CON LA FAMILIA, PERSONAS, COMUNIDADES ESTABLECIDAS EN EL PLAN DE CUIDADO, TENIENDO EN CUENTA QUE EN EL SEGUIMIENTO DEL PLAN DE CUIDADO CADA UNO DE LOS INTEGRANTES DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD CUMPLE UN ROL INTEGRANDO LAS ACCIONES PARA LA EFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES.	CUMPLO CON EL SEGUIMIEMTO SISTEMATICO DE LOS HALLAZGOS E INTERVENCIONES CONTEMPLADAS EN EL PLAN DE CUIDADO DE FAMILIAS, PERSONAS Y COMUNIDADES, ASEGURANDO LA INTEGRACION Y COORDINACION DE LOS EQUIPOS BASICOS DE SALUD, DE MANERA QUE LAS ACCIONES EJECUTADAS CONTRIBUYAN A LA EFECTIVADAD DE LAS INTERVENCIONES.	
12. IDENTIFICAR PERSONAS NO AFILIADAS AL SISTEMA DE SALUD Y GESTIONAR EL TRÁMITE DE AFILIACIÓN SOPORTANDO EN LOS ANEXOS CORRESPONDIENTES	DURANTE EL PERÍODO EVALUADO SE REALIZÓ LA VERIFICACIÓN DEL ESTADO DE AFILIACIÓN DE LAS PERSONAS ATENDIDAS, EVIDENCIANDO QUE LA TOTALIDAD DE LA POBLACIÓN SE ENCONTRABA AFILIADA AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. POR LO ANTERIOR, NO FUE NECESARIO IDENTIFICAR PERSONAS NO AFILIADAS NI GESTIONAR TRÁMITES DE AFILIACIÓN, SIN EMBARGO, SE DIO	

	CUMPLIMIENTO AL PROCESO DE VERIFICACIÓN CONFORME A LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS.	

CONTRATIASTA	
NOMBRE	LAURA MARCELA SANCHEZ CONTRERAS
FIRMA	

LINK DEL DRIVE

https://drive.google.com/drive/folders/1qz7k-obW4rGKyIElN1zGM5cFHD6jfnuk



LIDER DEL EQUIPO

ADJUNTO SOPORTE SEGURIDAD SOCIAL:

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1091662064

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Nombre ó Razón Social	LAURA MARCELA SANCHEZ CONTRERAS		
Tipo Identificación	CÉDULA DE CIUDADANÍA	Número de Identificación	1091662064
Ciudad/Municipio	OCAÑA	Departamento	NORTE DE SANTANDER
Dirección	CALLE 13 N 13 15	Teléfono	5622283
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Otras actividades de servicios
Tipo Aportante	02-INDEPENDIENTE	Clase Aportante	I-INDEPENDIENTE
Forma Presentación	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

Número Planilla	**4648792413**	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotización Otros	marzo / 2026	Periodo Cotización Salud	marzo / 2026
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2026/04/06
Número Autorización	9996304263		

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombres	LAURA MARCELA	Apellidos	SANCHEZ CONTRERAS
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1091662064
Tipo cotizante	INDEPENDIENTE CONTRATO	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			NO
Departamento	NORTE DE SANTANDER	Municipio	OCAÑA
Salario Básico	$ 1.750.905	Tipo de Salario	

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
12																

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	19	Administradora	25-14 COLPENSIONES
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.108.907
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 177.500
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 177.500**

SALUD			
Dias	19	Administradora	EPS005-SANITAS S.A
Tarifa	12,500 %	IBC	$ 1.108.907
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 138.700
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 138.700**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	19	Administradora	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE
Clase de Riesgo	III	IBC	$ 1.108.907
Centro de Trabajo	109166206	Tarifa	2,436 %
		Total Aporte	**$ 27.100**

TOTAL PAGADO:	**$ 343.300**

2026/04/06 10:08 AM USUARIO: SOI - MONITOREO_PLANILLA PÁGINA 1 DE 1

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1091662064

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Nombre ó Razón Social	LAURA MARCELA SANCHEZ CONTRERAS		
Tipo Identificación	CÉDULA DE CIUDADANÍA	Número de Identificación	1091662064
Ciudad/Municipio	OCAÑA	Departamento	NORTE DE SANTANDER
Dirección	CALLE 13 N 13 15	Teléfono	5622283
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Otras actividades de servicios
Tipo Aportante	02-INDEPENDIENTE	Clase Aportante	I-INDEPENDIENTE
Forma Presentación	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

Número Planilla	**4648792820**	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotización Otros	abril / 2026	Periodo Cotización Salud	abril / 2026
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2026/04/10
Número Autorización	9996409643		

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombres	LAURA MARCELA	Apellidos	SANCHEZ CONTRERAS
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1091662064
Tipo cotizante	INDEPENDIENTE CONTRATO	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			NO
Departamento	NORTE DE SANTANDER	Municipio	OCAÑA
Salario Básico	$ 1.750.905	Tipo de Salario	

NOVEDADES

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

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	25-14 COLPENSIONES
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.750.905
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 280.200
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 280.200**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPS005-SANITAS S.A
Tarifa	12,500 %	IBC	$ 1.750.905
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 218.900
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 218.900**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE
Clase de Riesgo	III	IBC	$ 1.750.905
Centro de Trabajo	109166206	Tarifa	2,436 %
		Total Aporte	**$ 42.700**

TOTAL PAGADO:	**$ 541.800**

2026/04/10 3:58 PM USUARIO: SOI - MONITOREO_PLANILLA PÁGINA 1 DE 1