Ocaña, 18 de abril del 2026

Señores:
ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES

Asunto: PRESENTACIÓN DE CUENTA.

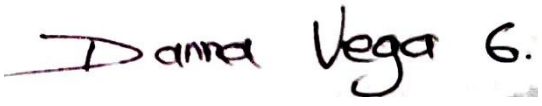
DANNA GISELA VEGA GOMEZ, identificado (a) con la cédula de ciudadanía 1.007.961.101 expedida **OCAÑA**, me permito mediante el presente escrito, presentar los documentos que se anexan a la presente para que sean revisados por quien corresponda en la ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares, con base a los siguientes datos, a saber:

VALOR DEL CONTRATO	$ 9.450.000
VALOR CUENTA A PRESENTAR	$ 3.150.000
PERIODO DEL SERVICIO PRESTADO	DEL 17 DE MARZO AL 16 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,



DANNA GISELA VEGA GOMEZ
C.C 1.007.961.101

ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES
NIT 890.501.438-1

CUENTA DE COBRO No. 01
CONTRATO No 144-2026

DEBE A: DANNA GISELA VEGA GOMEZ
CC. 1.007.961.101

LA SUMA DE: TRES MILLONES CIENTO CINCUENTA MIL PESOS MCTE ($3.150.000)

PERIODO:
DEL 17 DE MARZO AL 16 DE ABRIL DE 2026

PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR EN ENFERMERÍA PARA LA EJECUCIÓN DE LA RESOLUCIÓN 212 DEL 2025 DE EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD, EN EL MUNICIPIO DE OCAÑA O AREAS DE INFLUENCIA DEFINIDOS PARA LA EJECUCION DE LA RESOLUCION Y LOS LINEAMIENTOS EMITIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL 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,

Danna Vega G.

DANNA GISELA VEGA GOMEZ
C.C 1.007.961.101
CELULAR: 3122715950
CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA N° CUENTA 318-794465-31

INFORME DE ACTIVIDADES

INFORMACIÓN GENERAL			
NOMBRE	DANNA GISELA VEGA GOMEZ	**CÉDULA**	1.007.961.101
SUPERVISOR	SUBGERENCIA CIENTIFICA	**SERVICIO/ÁREA**	H.E.Q.C. – PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN
PERFIL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	**PERIODO DEL INFORME**	DEL 17 DE MARZO AL 16 DE ABRIL DE 2026
No. CONTRATO	144-2026		
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR EN ENFERMERÍA PARA LA EJECUCIÓN DE LA RESOLUCIÓN 212 DEL 2025 DE EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD, EN EL MUNICIPIO DE OCAÑA O AREAS DE INFLUENCIA DEFINIDOS PARA LA EJECUCION DE LA RESOLUCION Y LOS LINEAMIENTOS EMITIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA LA E.S.E HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES.		
VIGENCIA	TRES 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**:**

ITEM	ACTIVIDAD
1. realizar y apoyar el proceso de caracterización de la población con una meta mínima de 250 mensuales mediante la aplicación de los formularios de caracterización APS, utilizando la aplicación SURVEY 123 y/o SIAPS u otra herramienta tecnológica implementada de acuerdo con los lineamientos del ministerio de salud y protección social, asegurando la veracidad de los datos recolectados**.**	**1.** Debido a que actualmente no se encuentra habilitado el acceso a la plataforma SI-APS, la información recolectada durante las jornadas de caracterización incluyendo datos personales de cada integrante de las familias, antecedentes familiares, etapa del ciclo de vida, condiciones del entorno, ocupación, estilos de vida y el programa de promoción y mantenimiento de la salud ajustado a cada caso ha sido apuntada en mi cuaderno de apuntes. Esta información será posteriormente registrada en la plataforma correspondiente una vez se restablezca su funcionamiento.





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 validados, siendo únicamente válidos aquellos que hayan sido enviados correctamente.





3. Canalizar a los usuarios a la institución prestadora de servicio de salud primaria según los riesgos identificados la 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 efectividad).



2. Durante cada proceso de caracterización, llevo a cabo una valoración inicial de cada integrante de la familia, enfocándome en su estado de salud actual, posibles enfermedades, antecedentes familiares y etapa del ciclo de vida. Asimismo, se fomenta la prevención en salud mediante la socialización de los distintos programas de promoción y mantenimiento, destacando su importancia y la facilidad de acceso a través de los equipos básicos de atención.





3. Se llevó a cabo el diligenciamiento correspondiente del formato de demanda inducida suministrado por coordinación, en el cual se registran datos como la información general del usuario, su etapa del ciclo de vida, las acciones en salud efectuadas y el programa de promoción y mantenimiento de la salud acorde a sus necesidades. Cada usuario valida la información consignada mediante su firma. Posteriormente, estos datos de carácter confidencial son cargados en el anexo 8 del drive del equipo de trabajo.



4. Cumplir las actividades asistenciales correspondientes a su perfil profesional que incluyen, pero no se limita: Toma de signos vitales relacionadas con el cuidado y seguimiento de la salud, y actividades de búsqueda y seguimiento y control dentro 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.	**4.** Al momento de atender a cada usuario, junto con el equipo de trabajo, se realizó una valoración de las condiciones generales de salud, incluyendo la toma de signos vitales, peso, talla y otras medidas antropométricas. Asimismo, se indagó sobre el estado de salud actual, antecedentes de enfermedades o patologías presentes. Posteriormente, se orientó a cada persona hacia el profesional más adecuado según las necesidades identificadas, logrando así la captación de un número significativo de usuarios para su atención a través del equipo básico.
	
	
5. Realizar mínimo 250 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 y aprobación del informe de actividades.	**5.** Debido a que la plataforma destinada para esta actividad no se encuentra habilitada, elaboré de manera física un plan de cuidado ajustado a cada usuario captado. En este se consignaron las acciones en salud realizadas, el programa de promoción y mantenimiento acorde a sus necesidades, los servicios de salud pendientes y los seguimientos requeridos en caso necesario. Para su elaboración, se tuvieron en cuenta los datos obtenidos durante el proceso de caracterización previamente realizado.

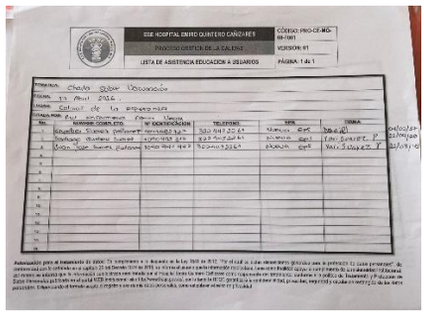




6. Remitir de manera oportuna la documentación solicitada por el coordinador para evaluar el cumplimiento del contrato, incluyendo: Informes en medio físico y magnético de las actividades ejecutadas, cronograma y otros documentos requeridos por el supervisor, conforme a sus facultades.

6. Se realizó la entrega correspondiente de los documentos diligenciados durante las jornadas de trabajo en la oficina de coordinación. Previamente, se registró la información recolectada en los distintos anexos del drive del equipo, lo que permitió evidenciar de forma clara las acciones integrales en salud, así como los componentes educativos tanto individuales como grupales desarrollados durante este periodo.









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.

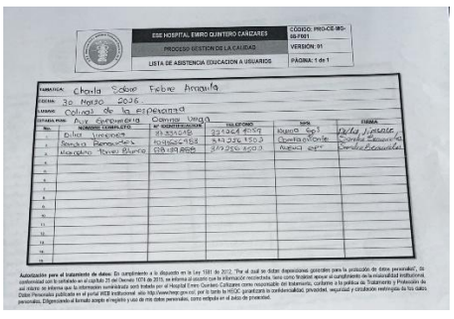
7. Durante cada jornada de trabajo, recopilé registros fotográficos de diversas situaciones que influyen, ya sea de manera positiva o negativa, en la prestación de los servicios de salud. Esta información fue entregada a la enfermera profesional del equipo para su posterior análisis y para la elaboración de las actas de cartografía, determinantes y barreras, las cuales se encuentran almacenadas en el drive de trabajo.





8. Brindar como mínimo 30 educaciones grupales y 30 educaciones individuales al mes para la salud e información orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de sí mismo de los demás y de su entorno según ciclo de vida (soportada con material impreso o físico informativo, lista de asistencia y más de 3 fotos por acta).





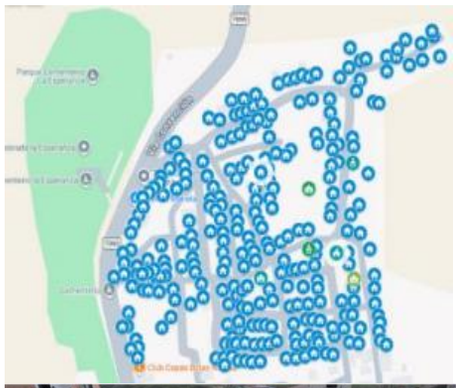
ESE HOSPITAL ENRIO QUINTERO CAÑIZARES | CODIGO: PRO-CE-MG-05-F001
PROCESO GESTION DE LA CALIDAD | VERSION: 01
LISTA DE ASISTENCIA EDUCACION A USUARIOS | PÁGINA: 1 de 1

TEMÁTICA: Charla Sobre Fobre Arquila
FECHA: 30 Marzo 2026
LUGAR: Calma de la esperanza
ESTRATA: Rur. Expresión: Camino Ungo

No.	NOMBRE COMPLETO	N° IDENTIFICACIÓN	TELEFONO	EPS	FIRMA
1	Dilsa Jimenez	91.351.048	321364 4159	Nueva Eps	Dilsa Jimenez
2	Sonia Benavides	1193527458	321 294 3503	Coosalud Nivel	Sonia Benavides
3	Hernando Tovar Ruiz	88.189.808	321 736 8209	Nueva eps	Hernando Tovar Ruiz

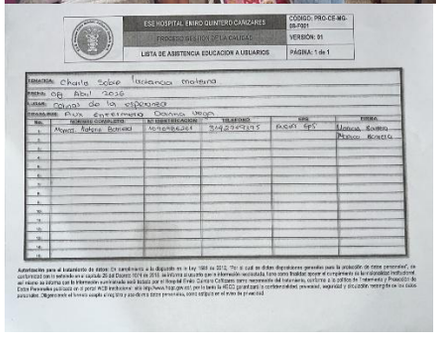
Autorización para el tratamiento de datos: En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales", Ud. autoriza de manera libre, previa, expresa, voluntaria, debidamente informada y de forma inequívoca para que la información recolectada, tanto como finalidad apoyar el cumplimiento de la misionalidad institucional, así mismo se informa que la información suministrada será tratada por el Hospital Enrio Quintero Cañizares como responsable del tratamiento, conforme a la política de Tratamiento y Protección de Datos Personales publicada en el portal WEB institucional: sitio http://www.hospi.gov.co/, por lo tanto la HEQC garantizara la confidencialidad, privacidad, seguridad y circulación restringida de los datos personales. Diligenciando el formato acepta el registro y uso de mis datos personales, como estipula en el auto de privacidad.

8. Elaboré material informativo de manera creativa, con el propósito de promover espacios educativos en cada vivienda caracterizada, abordando temas de interés general en salud. Se brindó orientación sobre signos y síntomas, formas de transmisión, medidas de prevención y posibles complicaciones derivadas de la automedicación en las patologías más frecuentes. Posteriormente, se realizaron las actas correspondientes, anexando las firmas que validan la ejecución de la actividad.









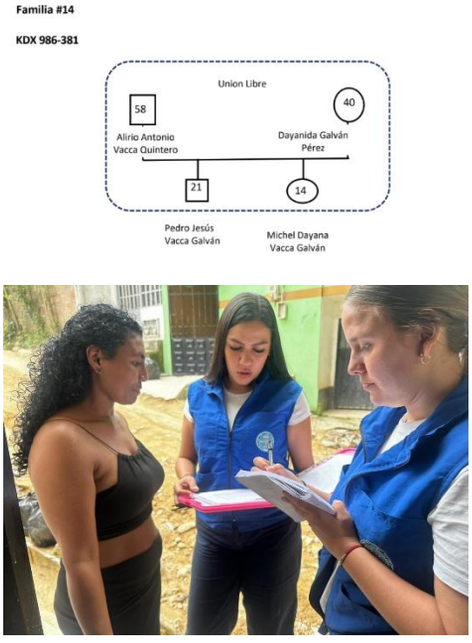
ESE HOSPITAL ENRIO QUINTERO CAÑIZARES | CODIGO: PRO-CE-MG-05-F001
PROCESO GESTION DE LA CALIDAD | VERSION: 01
LISTA DE ASISTENCIA EDUCACION A USUARIOS | PÁGINA: 1 de 1

TEMÁTICA: Charla Sobre Violencia materna
FECHA: 08 Abril 2026
LUGAR: Calma de la esperanza
ESTRATA: Rur. Expresión: Camino Ungo

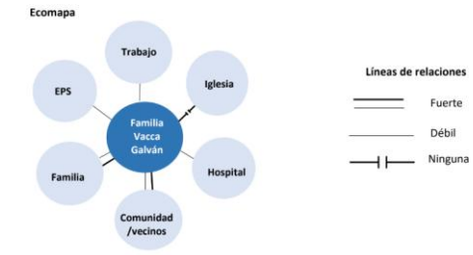
No.	NOMBRE COMPLETO	N° IDENTIFICACIÓN	TELEFONO	EPS	FIRMA
1	Mayra Fabre Bonilla	1098886561	3142349195	Asmet Salud	Mayra Fabre Bonilla

Autorización para el tratamiento de datos: En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales", Ud. autoriza de manera libre, previa, expresa, voluntaria, debidamente informada y de forma inequívoca para que la información recolectada, tanto como finalidad apoyar el cumplimiento de la misionalidad institucional, así mismo se informa que la información suministrada será tratada por el Hospital Enrio Quintero Cañizares como responsable del tratamiento, conforme a la política de Tratamiento y Protección de Datos Personales publicada en el portal WEB institucional: sitio http://www.hospi.gov.co/, por lo tanto la HEQC garantizara la confidencialidad, privacidad, seguridad y circulación restringida de los datos personales. Diligenciando el formato acepta el registro y uso de mis datos personales, como estipula en el auto de privacidad.

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.

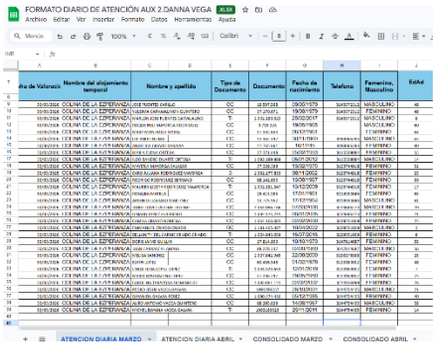


9. En cada intervención realizada en las viviendas del micro territorio asignado, brindé acompañamiento a la profesional de psicología en la recolección de información relacionada con ocupación, vínculos familiares, antecedentes de fallecimientos, historial de salud, nivel de sobrecarga y dinámica familiar. Estos datos permitieron la adecuada aplicación de los distintos instrumentos establecidos para el desarrollo del presente contrato.

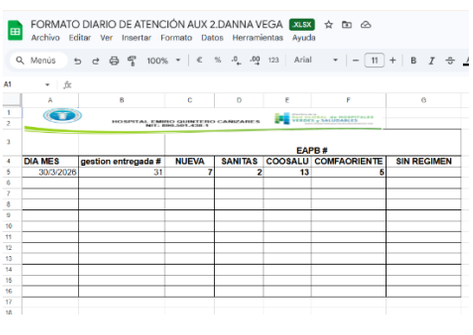




10. Gestionar la prestación de los servicios de salud (promoción de la salud, educación, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos), de acuerdo con las necesidades identificadas, realizando la canalización a las diferentes modalidades (extramural, intramural en prestador primario o complementario y telemedicina. A través del diligenciamiento del anexo 5.1 y gestión efectiva de la necesidad de la persona, familia y comunidad.



10. Al finalizar cada jornada de trabajo, llevé a cabo el diligenciamiento del formato diario de atención y del anexo 5.1, en los cuales registré información como datos personales de los usuarios, etapa del ciclo de vida, acciones en salud ejecutadas y el programa de promoción y mantenimiento ajustado a sus necesidades. Esto permitió dejar evidencia clara del cumplimiento efectivo de las actividades establecidas en el contrato laboral.





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.



11. Una vez realizadas las intervenciones, se programaron los seguimientos pertinentes para los usuarios que presentaban condiciones de salud y que fueron atendidos por el profesional en medicina. Esta acción permitió monitorear la evolución de los síntomas, la adherencia al tratamiento indicado y el estado general de salud de cada usuario.



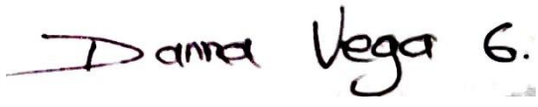
12. Identificar personas no afiliadas al sistema de salud y gestionar el trámite de afiliación soportando en los anexos correspondientes.



12. Durante el periodo correspondiente al presente contrato, no fue posible identificar usuarios sin afiliación al sistema de salud. En algunos casos, las personas atendidas no tenían claridad sobre el régimen al que pertenecen; por ello, se realizó la verificación en la plataforma Adres y posteriormente se brindó la información correspondiente a cada usuario.





CONTRATISTA	
NOMBRE	DANNA GISELA VEGA GOMEZ
FIRMA	

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1007961101
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			DANNA GISELA VEGA GOMEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	OCAÑA	DEPARTAMENTO:	NORTE DE SANTANDER
DIRECCIÓN:	CC	TELÉFONO:	9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	4650351361		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES marzo	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES marzo	AÑO 2026
DÍAS DE MORA:	10				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/04/16		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1110264278

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	$ 130.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 900	$ 0	$ 130.800	$ 900	$ 131.700
SUBTOTALES:										**$ 130.800**	**$ 900**	**$ 131.700**

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
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 102.200	$ 0	$ 700	$ 0	$ 102.200	$ 700	$ 0	$ 102.900
SUBTOTALES:													**$ 102.200**	**$ 700**	**$ 0**	**$ 102.900**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 20.000	$ 20.000	$ 200	$ 0	$ 20.200
SUBTOTALES:									**$ 20.000**	**$ 200**	**$ 0**	**$ 20.200**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES							
N°	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN								SALUD						ARP						CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
																									ADMIN	ADRES CODE	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	ADRES CODE	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	ARP CODE	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	CCF CODE	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA	TOTAL APORTE	ICBF	TOTAL APORTE	ESAP	TOTAL APORTE	MINEDU	TOTAL APORTE
1	CC 1007961101	VEGA GOMEZ DANNA GISELA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO	17															25-14 COLPENSIONES		$ 817.089	$ 130.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 130.800	EPS037-NUEVA EPS	14	$ 817.089	$ 102.200	$ 0	$ 102.200	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A		$ 817.089	1007961101	$ 20.000		$ 0		$ 0		$ 0		$ 0		$ 0		$ 0		$ 0

TOTAL PAGADO: $ 254.800

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1007961101
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DANNA GISELA VEGA GOMEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	OCAÑA	DEPARTAMENTO:	NORTE DE SANTANDER
DIRECCIÓN:	CC	TELÉFONO:	9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**4650351361**		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		10			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/04/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1110264278

NOVEDADES

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

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 131.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 131.700**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9001562642	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 102.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 102.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 20.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 20.200**

VALOR SIN MORA:	**$ 253.000**
VALOR MORA:	**$ 1.800**
TOTAL PAGADO:	**$ 254.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1007961101
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DANNA GISELA VEGA GOMEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	OCAÑA	DEPARTAMENTO:	NORTE DE SANTANDER
DIRECCIÓN:	CC	TELÉFONO:	9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4650351483**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES abril	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES abril	AÑO 2026
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/04/14		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9996448562

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	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 0	$ 280.200
SUBTOTALES:										**$ 280.200**	**$ 0**	**$ 280.200**

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
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900
SUBTOTALES:													**$ 218.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 218.900**

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
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 42.700	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 42.700
SUBTOTALES:									**$ 42.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 42.700**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP										CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	APORTANTE EXONERADO 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	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	CLASE COT.	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTES	EXO	IBC	ADMIN	TOTAL APORTES	TOTAL APORTES	TOTAL APORTES	TOTAL APORTES	TOTAL APORTES
1	CC 1007961101	DANNA GISELA VEGA GOMEZ	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905			NO																		25-14 COLPENSIONES	30	1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	EPS037-NUEVA EPS	30	1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	1.750.905	100796110	$ 42.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 541.800

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1007961101
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DANNA GISELA VEGA GOMEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	OCAÑA	DEPARTAMENTO:	NORTE DE SANTANDER
DIRECCIÓN:	CC	TELÉFONO:	9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4650351483**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/04/14	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9996448562

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		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 280.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 280.200**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9001562642	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 218.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 218.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 42.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 42.700**

VALOR SIN MORA:	**$ 541.800**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 541.800**