Ocaña, 18 abril de2026

Señores:
ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES

Asunto: PRESENTACIÓN DE CUENTA.

MARY LUZ PALLARES AREVALO, identificado (a) con la cédula de ciudadanía 32.584.090 expedida MALAMBO, 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,



MARY LUZ PALLARES AREVALO
CC. 32.584.090 DE MALAMBO

ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES
NIT 890.501.438-1

CUENTA DE COBRO No. 001
CONTRATO No 145-2026

DEBE A: MARY LUZ PALLARES AREVALO
CC. 32.584.090

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

PERIODO:
DEL17 MARZO AL 16 DEABRIL 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,



MARY LUZ PALLARES AREVALO
CC. 32.584.090 DE MALAMBO
CELULAR 3246838880
CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA 31834465712

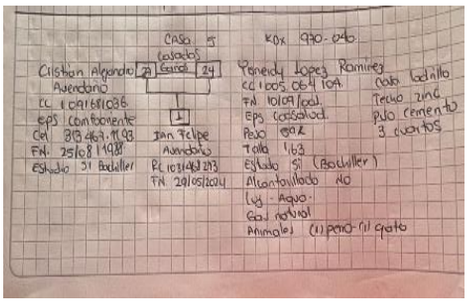
INFORME DE ACTIVIDADES

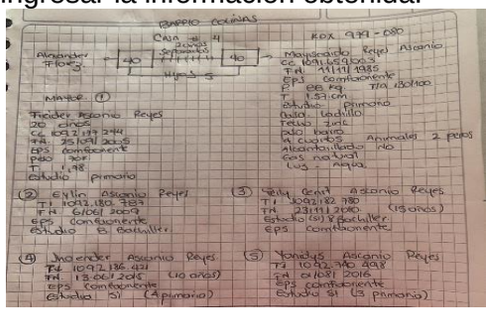
INFORMACIÓN GENERAL			
NOMBRE	MARY LUZ PALLARES AREVALO	**CÉDULA**	**32.584.090**
SUPERVISOR	SUBGERENCIA CIENTIFICA	**SERVICIO/ÁREA**	H.E.Q.C. – PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN
PERFIL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	**PERIODO DEL INFORME**	17 DE MARZO AL 16 DE ABRIL DE2026
No. CONTRATO	____145-2026		
OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR EN ENFERMERIA 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 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.	1. Al realizar los recorridos diarios por los micro territorios asignados, realicé la recopilación de los datos necesarios para el diligenciamiento del formato de caracterización SI/APS, registrando en una libreta de apuntes datos personales, condiciones del entorno, condiciones generales de salud de los miembros de las familias intervenidas, actividad económica, nivel de escolaridad y el programa de promoción y mantenimiento de la salud que se adapta a cada necesidad; hasta el momento la plataforma se encuentra inhabilitada, me encuentro a la espera del restablecimiento del servicio para ingresar la información obtenida.









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.

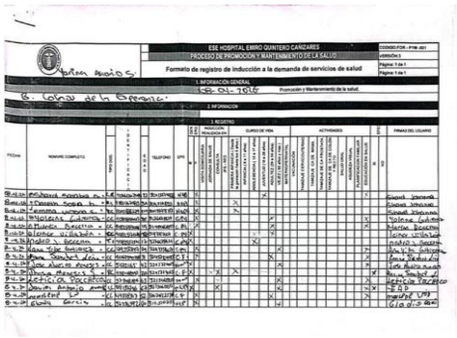
2. Verifiqué con los documentos de identidad, carnet de vacunación, historias clínicas anteriores y órdenes medicas facilitadas por los usuarios, la veracidad de la información recopilada, de igual manera, realicé una serie de interrogantes teniendo en cuenta los datos solicitados en el formato de caracterización estipulado para la ejecución del presente contrato.

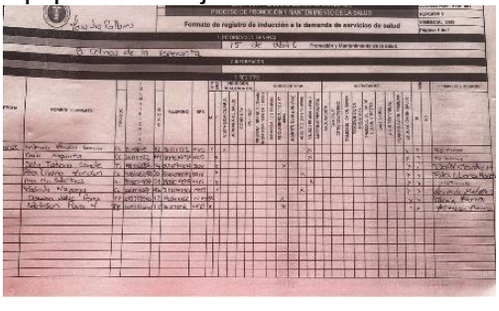




3. Canalizar a los usuarios a la institución prestadora de servicio de salud primaria según los riesgos identificados la mortalidad evitable y la discapacidad prevenible y a través de la demanda inducida a las familias sobre el portafolio de servicios de salud y de otros sectores de acuerdo con sus necesidades (soportar con un acta en el que se evidencie al menos el 70% de efectividad).

3. Al momento de realizar la respectiva captación de usuarios, realicé el diligenciamiento del formato de demanda inducida entregado por coordinación para el desarrollo de las actividades, mediante una comunicación permanente, direccioné a cada usuario en el programa de promoción y mantenimiento de la salud que se adapta a cada necesidad, teniendo en cuenta condiciones de salud, ciclo de vida y sexo-género, logrando una atención inmediata por parte de los profesionales de mi 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. Además de la toma de signos vitales, realicé actividades para la captación de usuarios para ser incluidos en los programas de promoción y mantenimiento de la salud, además, realicé una valoración inicial del estado de salud de las personas ingresadas en las caracterizaciones, eduqué a la población sobre las patologías más comunes, teniendo en cuenta signos, síntomas, medidas de prevención y trasmisión.





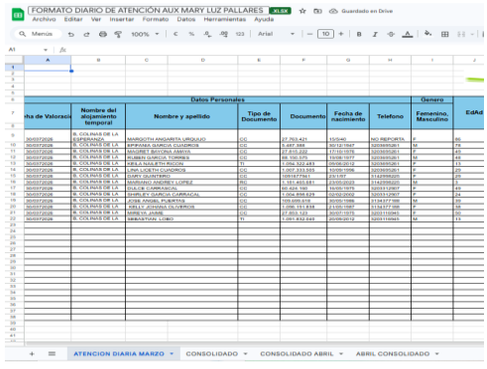




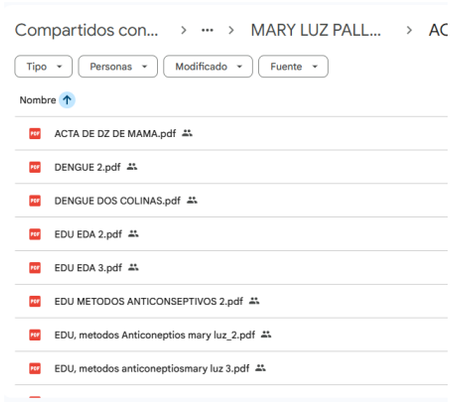
5. Realizar mínimo 250 planes de cuidado mensuales, los cuales deben coincidir con las personas, hogares y comunidades caracterizadas y las educaciones impartidas soportada en los instrumentos correspondientes utilizando la aplicación SI-APS u otra herramienta tecnológica implementada de acuerdo con 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.



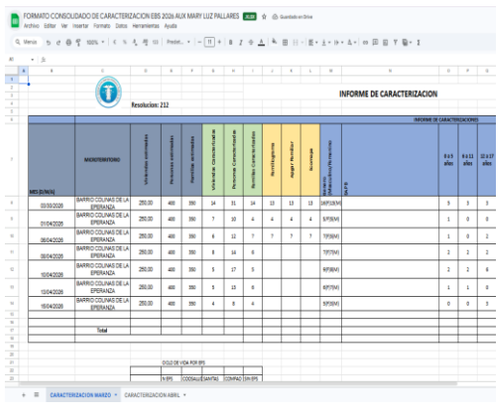
5. Diseñé un plan de cuidados adaptado a cada paciente intervenido, logrando plasmar, acciones en salud realizadas, seguimientos programadas, condiciones de salud actuales, el programa de promoción y mantenimiento que se adecua a las condiciones encontradas; esta actividad se realiza de manera manual por inhabilidad de la plataforma SI/APS, quedando a la espera de la activación y correcto funcionamiento de la misma para realizar los respectivos registros y dar por realizada esta actividad.



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. Luego de realizar las actas de educación individuales y grupales, digitar los formatos de demanda inducida en el anexo 8 del drive de trabajo y demás documentación solicitada, realicé la entrega en físico del material recopilado y diligenciado en las diferentes jornadas de trabajo.

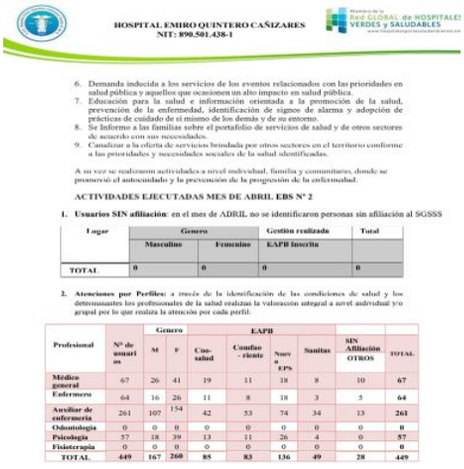


7. Identificar las prioridades de respuesta individual, familiar y comunitaria por edad, sexo-genero, etnia, entre otras características pertinentes y por micro territorios asignados que deben ser soportados en las actas de cartografía, determinantes y

7. A medida que realicé los recorridos por las calles de los micro territorios asignados, recopilé evidencia fotográfica y los respectivos apuntes, sobres las barreras y determinantes en la prestación del servicio, de igual manera, con la colaboración de los residentes del sector, diseñé, junto

barreras.

con mi equipo de trabajo, las actas mensuales, que se encuentran en la carpeta SOPORTE ACTAS MENSJALES.



HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES
NIT: 890.501.438-1

6. Demanda inducida a los servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud pública.
7. Educación 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.
8. Se Informo a las familias sobre el portafolio de servicios de salud y de otros sectores de acuerdo con sus necesidades.
9. Canalizar a la oferta de servicios brindada por otros sectores en el territorio conforme a las prioridades y necesidades sociales de la salud identificadas.

A su vez se realizaron actividades a nivel individual, familia y comunitario, donde se promovió el autocuidado y la prevención de la progresión de la enfermedad.

ACTIVIDADES EJECUTADAS MES DE ABRIL EBS N° 2

1. **Usuarios SIN afiliación**: en el mes de ADRIL no se identificaron personas sin afiliación al SGSSS

Lugar	Genero		Gestión realizada	Total
	Masculino	Femenino	EAPB Inscrita	
TOTAL	0	0	0	0

2. **Atenciones por Perfiles:** a través de la identificación de las condiciones de salud y los determinantes los profesionales de la salud realizan la valoración integral a nivel individual y/o grupal por lo que realiza la atención por cada perfil.

Profesional	Nº de usuarios	Genero		EAPB				SIN Afiliación OTROS	TOTAL
		M	F	Coo-salud	Caunfao - riente	Nueva EPS	Sanitas		
Médico general	67	26	41	19	11	18	8	10	67
Enfermero	64	16	26	11	8	18	3	5	64
Auxiliar de enfermeria	261	107	154	42	53	74	34	13	261
Odontologia	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Psicologia	57	18	39	13	11	26	4	0	57
Fisioterapia	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	449	167	260	85	83	136	49	28	449



HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES
NIT: 890.501.438-1

REGISTRO FOTOGRAFICO



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES
NIT: 890.501.438-1

Municipio	Número de Hogares a intervenir	Número de Hogares Intervenidos	% Ejecución
Ocaña	250	78	31.2 %

En los meses de Marzo se logró intervenir 78 hogares, el 31.2 % de los hogares estaban cerrados o no quisieron atender.

El EBS deben realizar atención integral en salud (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación). A través de esto poder consolidar la oferta sectorial complementaria (intervenciones colectivas enfasis entorno comunitario en los territorios de los EBS, programas jóvenes en paz si aplica, PAPSIVI y otras) e incluir la en las orientaciones operativas de los EBS del territorio. Por lo que se logra la intervención de personas en el microterritorio.

Municipio	Número de Personas por intervenir	Número de Personas intervenidas	% Ejecución
Ocaña	600	152	25.3



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES
NIT: 890.501.438-1

Municipio de Ocaña

Cordialmente

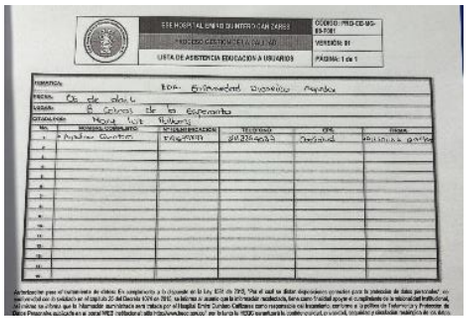
EVIDENCIAS FOTOGRAFIAS

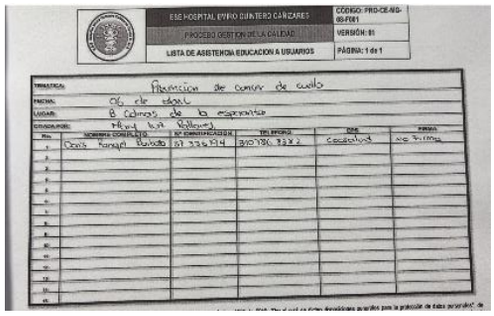
8. Brindar como mínimo 30 educaciones grupales y 30 educaciones individuales al mes para la salud e información orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de sí mismo de los demás y de su entorno según ciclo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

8. Diseñé material visual llamativo, con información clara y precisa sobre los diferentes temas de salud más comunes, indicando signos, síntomas, medidas de prevención, posibles complicaciones al no recibir tratamientos adecuado o automedicación, para la realización de charlas educativas individuales y grupales a los usuarios intervenidos en las jornadas de trabajo; realicé las actas correspondientes, anexando evidencia fotográfica y el formato de asistencia, las cuales se encuentran en el drive del EBS 002.









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. Al ingresar a cada domicilio, realicé un trabajo en equipo con la profesional en psicología, recopilando los datos necesarios para la aplicación de los diferentes instrumentos, tales como, antecedentes familiares, ocupaciones, edades, número de hijos, matrimonios, fallecimientos, participación de los miembros de la familia en el sostenimiento del buen ambiente familiar, realizando un trabajo completo y adecuado para cada usuario.



APGAR

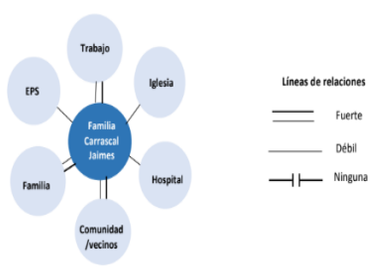
PREGUNTAS	Nunca 0	Casi Nunca 1	Algunas Veces 2	Casi Siempre 3	Siempre 4
¿Estas satisfecho con la ayuda que recibes de tu familia cuando tienes problemas?				x	
¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en la casa?					x
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la familia?				x	
Los fines de semana son compartidos por todos en la casa?					x
¿Sientes que tu familia te quiere?					x
TOTAL	18				

Resultado: Funcionalidad Familiar
17 – 20 Puntos: Funcionalidad Familiar
13– 16 Puntos: Disfunción Leve
9 – 12 Puntos: Disfunción Moderada
0 – 8 Puntos: Disfunción Severa

Familia #9

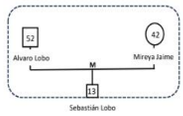
KDX 983-680

Ecomapa

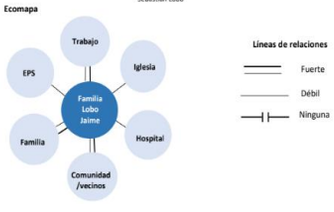


Familia # 34

KDX 983-475



Ecomapa



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

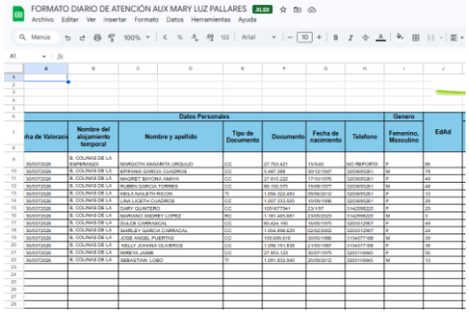
10. Luego de obtener de manera veraz la información correspondiente de cada usuario, realicé el diligenciamiento del FORMATO DIARIO DE ATENCION Y EL FORMATO 5.1 en el drive de mi equipo básico; registrando datos personales, ciclo de vida, actividades de salud y educación realizadas, seguimientos o direccionamientos para ser tratados por los profesionales de mi equipo de trabajo, de esta manera, se logra

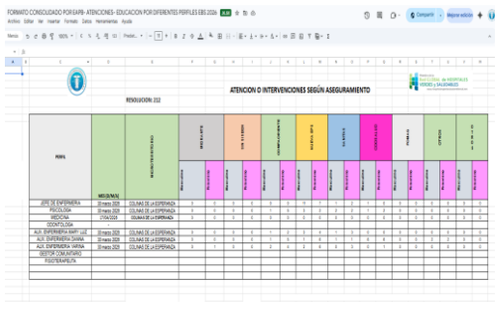
anexo 5.1 y gestión efectiva de la necesidad de la persona, familia y comunidad.



cuantificar la efectividad del desarrollo del presente contrato.







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.

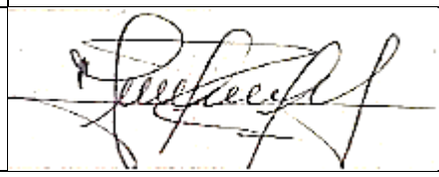
11. Teniendo en cuenta las acciones registradas en el plan de cuidados, realicé un seguimiento a los casos con deterioro de la salud, fijándome en la evolución de los síntomas, adherencia y correcta administración de medicamentos, esta información fue trasmitida de manera inmediata al profesional en medicina para la valoración de seguimiento y control.





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

12. Al momento de indagar a cada usuario, pude confirmar la afiliación activa al régimen de salud, en su mayoría perteneciente subsidiado, por lo tanto, no se logró la captación de usuarios sin afiliación al sistema de salud.

CONTRATIASTA	
NOMBRE	MARY LUZ PALLARES AREVALO
FIRMA	

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	32584090
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARY LUZ PALLARES AREVALO
CIUDAD/MUNICIPIO:	OCAÑA	DEPARTAMENTO:	NORTE DE SANTANDER
DIRECCIÓN:	CRA 13 N 4-41	TELÉFONO:	5622283
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:	**4646839412**			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):	2026/04/20			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9996495851

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
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	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													
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	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	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 32584090	PALLARES AREVALO MARY LUZ	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	EPS005-SANITAS S.A	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.750.905	32584090	$ 42.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 541.800

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	32584090
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARY LUZ PALLARES AREVALO
CIUDAD/MUNICIPIO:	OCAÑA	DEPARTAMENTO:	NORTE DE SANTANDER
DIRECCIÓN:	CRA 13 N 4-41	TELÉFONO:	5622283
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:	**5168129702**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES marzo AÑO 2026			PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES marzo AÑO 2026
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/04/20			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9996495828

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	$ 0	$ 0	$ 130.800	$ 0	$ 130.800
SUBTOTALES:										**$ 130.800**	**$ 0**	**$ 130.800**

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
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 102.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 102.200	$ 0	$ 0	$ 102.200
SUBTOTALES:													**$ 102.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 102.200**

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	$ 20.000	$ 20.000	$ 0	$ 0	$ 20.000
SUBTOTALES:									**$ 20.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 20.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP													
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	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	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 32584090	PALLARES AREVALO MARY LUZ	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO	17																25-14 COLPENSIONES	14	$ 817.089	$ 130.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 130.800	EPS005-SANITAS S.A	14	$ 817.089	$ 102.200	$ 0	$ 102.200	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	14	$ 817.089	32584090	$ 20.000		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 253.000