Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	YORMARY DIAZ RUIZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52054866							
CORREO ELECTRONICO:	yorto14@hotmail.com				CELULAR:	3112270061							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	GESTION CLINICA AMBULATORIA				(UMHE PATIO BONITO TINTAL)								
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	GESTION CLINICA AMBULATORIA (ODONTOPEDIATRIA)				SEDE:	KE11							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	KE11E02	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	4500148749						PENSIONADO	No					

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2253-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		3 de 3					
NÚMERO DE CDP	29	FECHA	08/01/2020	NÚMERO DE CRP	14408	FECHA	31/01/2020				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION COMO ODONTOPEDIATRIA DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIENTE.E.S.E, DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LA INSTITUCION.										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	4	2020		30	4	2020			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$4.120.368										
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0%			$0						

OBSERVACIONES:LA ARL LA PAGA LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIENTE.E.S.E (162+6 HORAS DE INTERCONSULTAS DE ENERO A MARZO) VALOR HORA 24,526

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:*****	$13.685.508
VALOR EJECUTADO****	$12.949.728
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$4.120.368
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$735.780
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	95%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del **mínimo** valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a **2,194,508** el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
7745526951-7748962289	$1.854.166,00	$231.771	$296.666	4	$0	$528.437

Dado en Bogotá a los 30 dias del mes de ABRIL del año DOS VEINTE (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

MARITZA MILENA MEJIA LOZANO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

YORMARY DIAZ RUIZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	UMHES PATIO BONITO TINTAL ODONTOPEDIATRIA				Sede: UMHES PATIO BONITO TINTAL					
2253-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año		
		1	4	2.020		30	4	2.020		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	YORMARY DIAZ RUIZ	C. C.		52.054.866	DE	BOGOTA				

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como Odontopediatra de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI __ NO ___ Servicios: SI __X NO ___

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Atender consulta especializada y urgencias en Odontopediatria elaboración de historia clinica y examen en odontopediatria de cada paciente integral. Diagnosticar patologias y efectuar tratameinto de odontopedi , solicitar examenes paraclinicos en caso necesario	si	Si se atendió consulta especializada y urgencias en Odontopediatira elaboración de historia clinica y examen de odontopediatria de cada paciente integral. Se diagnosticó patologias y se efectuó tratamientos en Odontopediatria ,	Atención de los pacientes agendados que cumplieron sus citas de valoracion y entrega de referencia para autorizacion en su eps.
Atender a los usuarios y ordenar analisis y examenes de laboratorio y estudio de resultados. Contribuir en la evaluación de actividades e impacto de la prestación de los servicios de salud oral.	si	Si se atendió y se ordenó analisis y examenes de laboratorio y se estudio los resultados. Se realizó la evaluación de actividades e impacto de la prestación de los servicios de salud oral como control de placa, fluor en barniz, eduacion en salud, restauraciones para su tratamiento .	Historia clinica donde se evidencia la educación a los pacientes acerca de la importancia del dx y plan del tratamiento.
Diligenciar los sistemas de información en salud diariamente. Tomar radiografias periapicales.	si	Se diligenciò los sistemas de información en salud diariamente. Se tomó radiografias periapicales.	Historias clinicas diligenciadas con completitud , pertinencia, y lectura de rx periapicales
Cumplir con las competencias requeridas para el desarrollo de la cultura organizacional y del objeto contractual, de tal manera que favorezca el proceso de acreditacion al interior de la institucion. Realizar notificación de eventos de interes en salud publica, asi como los eventos adversos presentados en el,servicio	si	Si cumplió con las competencias requeridas para el desarrollo de la cultura organizacional y del objeto contractual, de tal manera que favorecio el proceso de acreditacion al interior de la institucion. Se realizó notificación de eventos de interes en salud publica, asi como los eventos adversos presentados en el servicio	Participe en reunion servicio de odontologia, y capacite en Manejo del comportamiento,reportea seguridad de paciente susesos de seguridad
Realizar informes mensuales de gestiòn, vigilar y resoponder por el adecuado y racional uso de los recursos asignados, su nivel de rotación e inventario. Mantener, desarrollar e implementar la visiòn y la misiòn del hospital e impulsar y promosionar nuestro portafolio de servicios.	si	Se realiza informes mensuales de gestión, se vigila y respondió por el adecuado y racional uso de los recursos asignados, su nivel de rotación e inventario. Si se mantuvo , desarrollo e implementa la visión y la misión del hospital e impulso y promoción de portafolio de servicios	Diligenciamiento del siso y envio referente de odontologia
Vigilar el correcto uso y mantenimiento del equipo y los elementos a su cargo.	si	Se vigiló el correcto uso y mantenimiento del equipo y los elementos a su cargo.	Reportes de anomalias en equipos a para su revision y mantenimiento.
Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución	si	Me adhiero a las Normas y procedimientos que tiene la institucion	
Apoyar los procesos de facturación de los servicios que preste y responder por las glosas generadas por errores en	si	Atendí paciente con factura y escogi el ingreso adecuado en el sistema	100% de atencion de pacientes con factura
Vigilar el cumplimiento de las normas sobre notificación obligatoria de enfermedades y remitir las respectivas notificaciones al área de salud pública del Hospital	si	realizo notificaciones de vigilancia cuando es evidenciado.	
Responder por el buen estado y mantenimiento de los elementos de trabajo asignados.	si	Respondo por el buen manejo de todos los equipos que uso y elementos de trabajo	
Mantener en completo orden y aseo el instrumental y equipo teniendo en cuenta la técnica de asepsia.	si	Verificacion de estado de asepsia del instrumental y los equipos biomedicos en uso a la auxiliar de consultorio encargada del mismo	Registro en historia clinica de la carga y el lote esterilizacion con el cual se atiende cada paciente en consulta.
Uso adecuado del bata y carne según lineamiento institucional.	si	Correcto uso de los implementos de identificacion en el UMHES y las barreras bioseguridad en la atencion de pacientes .	Disminuir riesgos de contaminacion cruzada en consulta y correctá identificacion del profesional por parte de los pacientes

OBSERVACIONES:

cuatro millones ciento veinte mil trescientos sesenta y ocho mda cte

4.120.368

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YORMARY DIAZ RUIZ CC52.054.866

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor

Mariza Milené Mejia Lozano

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

BBVA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52054866
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			YORMARY DIAZ RUIZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 23A 59 72	TELÉFONO:	4228552
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:	**7745526951**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2020	SALUD:	AÑO:	2020
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2020/03/03	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		572797543

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 285.900
SUBTOTAL:			1	**$ 285.900**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
805000427	EPS016	EPS016-COOMEVA S.A.	1	$ 223.400
SUBTOTAL:			1	**$ 223.400**

TOTAL PAGADO:	**$ 509.300**

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

BBVA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52054866
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			YORMARY DIAZ RUIZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 23A 59 72	TELÉFONO:	4226552
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:	7745526951	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES marzo AÑO 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES marzo AÑO 2020
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/03/03	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	572797543

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	$ 285.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 285.900	$ 0	$ 285.900
SUBTOTALES:										$ 285.900	$ 0	$ 285.900

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	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS016	EPS016-COOMEVA S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 223.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 223.400	$ 0	$ 0	$ 223.400
SUBTOTALES:													$ 223.400	$ 0	$ 0	$ 223.400

Planilla Pagada

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	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	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	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 52054866	DIAZ RUIZ YORMARY	INDEPEND		$ 1.877.578				NO									01-30							25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.786.578	$ 285.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 285.900	EPS016-COOMEVA S.A.	30	$ 1.786.578	$ 223.400	$ 0	$ 223.400			$ 0		$ 0	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 509.300

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52054866
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			YORMARY DIAZ RUIZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 23A 59 72	TELÉFONO:	4228552
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 (RÉFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7748962289**	TIPO DE PLANILLA:	N-CORRECCIONES		
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES: marzo	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	marzo
	AÑO: 2020		AÑO:	2020
DÍAS DE MORA:	0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/04/08	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	595183097	

NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	7745526951	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2020/03/03

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 10.900
SUBTOTAL:			1	**$ 10.900**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
805000427	EPS016	EPS016-COOMEVA S.A.	1	$ 8.500
SUBTOTAL:			1	**$ 8.500**

TOTAL PAGADO:	**$ 19.400**

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI Pago de Seguridad Social — DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52054866
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			YORMARY DIAZ RUIZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 23A 59 72	TELÉFONO:	4228552
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:	7748962289	TIPO DE PLANILLA:			N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES marzo	AÑO 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES marzo	AÑO 2020
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/04/08	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			595183097
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	7745526951	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:			2020/03/03

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	$ 10.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 10.900	$ 0	$ 10.900
SUBTOTALES:										$ 10.900	$ 0	$ 10.900

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	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS016	EPS016-COOMEVA S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 8.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 8.500	$ 0	$ 0	$ 8.500
SUBTOTALES:													$ 8.500	$ 0	$ 0	$ 8.500

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA
1	CC 52054866	DIAZ RUIZ YORMARY	INDEPEND		$ 1.677.576				NO
2	CC 52054866	DIAZ RUIZ YORMARY	INDEPEND		$ 1.677.576				NO
3	CC 52054866	DIAZ RUIZ YORMARY	INDEPEND		$ 1.677.576				NO

NOVEDADES

Nº	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1							A		01-30								
2							C		01-30								
3							R		01-30								

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

Nº	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.786.578	$ 285.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 285.900
2	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.854.578	$ 296.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 296.800
3	25-14 COLPENSIONES	0	$ 68.000	$ 10.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 10.900

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD

Nº	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE
1	EPS016-COOMEVA S.A.	30	$ 1.786.578	$ 223.400	$ 0	$ 223.400
2	EPS016-COOMEVA S.A.	30	$ 1.854.578	$ 231.900	$ 0	$ 231.900
3	EPS016-COOMEVA S.A.	0	$ 68.000	$ 8.500	$ 0	$ 8.500

SEGURIDAD SOCIAL — ARP

Nº	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1			$ 0		$ 0
2			$ 0		$ 0
3			$ 0		$ 0

PARAFISCALES

Nº	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 19.400

planilla pagada