

2026 04 29 4,741,380.00

BARBOSA CASTILLO JULITH PAOLA

CUATRO MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y UN MIL TRESCIENTOS OCHENTA PESOS MCTE *****

| | | | | | | |
|---|---|---|----------------------------|---------------|--|--------------|
| ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEI NIT. 900750333 | | COMPROBANTE DE EGRESO No. 24,178 | | | | |
| Fecha : 29/abril/2026 | Pagado a : 1010163964-1 BARBOSA CASTILLO JULITH PAOLA | | | | | |
| La Suma de : CUATRO MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y UN MIL TRESCIENTOS OCHENTA PESOS MCTE ***** | | Valor \$ | 4,741,380.00 | | | |
| Banco : 51 DAVIVIENDA | Cuenta : 04 462169999366 | | Cheque : PE | | | |
| POR CONCEPTO DE GASTOS ADMON No. 27,466 Fact 24-2026 | | Valor Bruto \$ 4,770,000.00 | Valor Neto \$ 4,741,380.00 | | | |
| Codigo | Descripcion | Valor | | | | |
| 302 | ICA SERVICIOS ICA 6 X 1000 | 28,620.00 | | | | |
| MOVIMIENTO PRESUPUESTAL | | | | | | |
| GIRO | OBLIGACION | REGISTRO | CDP | COD. ARTICULO | ARTÍCULO | VALOR |
| 617 | 927 | 351 | 345 | 212020200802 | Servicios prestados a las empresas y ser | 4,770,000.00 |

| | |
|-----------------|------------------|
| TOTAL IMPUESTOS | TOTAL DESCUENTOS |
|-----------------|------------------|

| CUENTA | NOMBRE CUENTA | DEBITOS | CREDITOS |
|-----------|--|--------------|--------------|
| 111005001 | BANCO DAVIVIENDA CTA CORRIENTE 0560462 | 0.00 | 4,741,380.00 |
| 240101003 | REMUNERACION DE SERVICIOS TECNICOS | 4,741,380.00 | 0.00 |

ELABORADO

REVISADO

APROBADO

Hora: 19:56

Usuario Imprime: TATIANA

Usuario Responsable: TATIANA

| | | |
|--|--|--|
| ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEI NIT. 900750333 | | COMPROBANTE DE EGRESO No. 24,178 |
| Fecha : 29/abril/2026 | Pagado a : 1010163964-1 BARBOSA CASTILLO JULITH PAOLA | |
| La Suma de : CUATRO MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y UN MIL TRESCIENTOS OCHENTA PESOS MCTE ***** | | Valor \$ 4,741,380.00 |
| Banco : 51 DAVIVIENDA Cuenta : 04 462169999366 | Cheque : PE | |
| Recibí: _____ Nombre: _____ C.C. No. _____ de _____ Firma: _____ | Huella dactilar | |
| OBSERVACIONES: PRESTACION DE SERVICIO COMO APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVA PROFESIONAL EN ACTIVIDADES DE FORMULACION SEGUIMIENTO Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL DURANTE EL MES DE ABRILDE 2026 SEGUN CONTRATO 273 DEL 2026 | | |
| <u>ELABORADO</u> | <u>REVISADO</u> | <u>APROBADO</u> |
| | | Usuario Imprime: TATIANA Usuario Responsable: TATIANA |
| | | Hora: 19:56 |

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZ
NIT. 900750333

Fecha: 27/04/2026 Hora: 07:30

Pág. 1

Usuario Imprime: AVARIAS

Usuario Responsable: AVARIAS

| CUENTA POR PAGAR | | | | |
|--|-----------------------|--|--------------|------------|
| CONCEPTO | NUMERO | FECHA | FECHA VENC. | No FACTURA |
| GASTOS ADMON | 27,466 | 27/abr./2026 | 27/abr./2026 | 24-2026 |
| Obligación: 927 | | Registro: 351 | | |
| TERCERO | | | | |
| NIT: 1010163964 | 1 | NOMBRE: BARBOSA CASTILLO JULITH PAOLA | | |
| TEL: 854145 | | DIRECCION: CENTRO | | 286 |
| OBSERVACIONES | VALORES | | | |
| PRESTACION DE SERVICIO DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVA* COMO PROFESIONAL E ACTIVIDADES DE FORMULACION*SEGUIMIENTO Y DESARROLLO DE GESTION Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL* DURANTES EL MES DE ABRIL* CONTRATO 273 2026. | BRUTO : | 4,770,000.00 | | |
| | DESCUENTOS : | 0.00 | | |
| IMPUESTOS : | | | | |
| ICA SERVICIOS ICA 6 X 1000 | | 28,620.00 | | |
| VALOR NETO EN LETRAS | NETO : | | 4,741,380.00 | |
| CUATRO MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y UN MIL TRESCIENTOS OCHENTA PESOS MCTE | CANCELADO : | | 0.00 | |
| | N. CREDITO : | | 0.00 | |
| | N. DEBITO : | | 0.00 | |
| | SALDO ACTUAL : | | 4,741,380.00 | |

IMPUTACION CONTABLE

| CUENTA | DEBITOS | CREDITOS |
|---|--------------|--------------|
| 240101003 REMUNERACION DE SERVICIOS TEC | 0.00 | 4,741,380.00 |
| 243627002002 302-ICA SERVICIOS 6 X 1000 | 0.00 | 28,620.00 |
| 510801001 REMUNERACION POR SERVICIOS TE | 4,770,000.00 | 0.00 |



E.S.E DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA

Tipo de Documento

Área o Proceso que lo Genera:

FORMATO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

Nombre

Código

Versión

Fecha aprobación

SUPERVISOR CONTRATO

A-TH-F-009

V5

05/03/2025



EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PRESTACION DE SERVICIO No. 273 – 2026

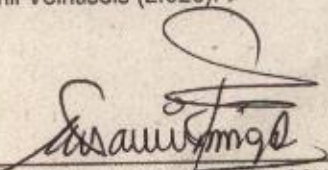
CERTIFICA:

Que **JULITH PAOLA BARBOSA CASTILLO** identificado (a) con documento de identidad y/o Nit 1.010.163.964 expedida en Bogotá cumplió a satisfacción con las actividades relacionadas con el objeto del Contrato de **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA PROFESIONAL EN ACTIVIDADES DE FORMULACION, SEGUIMIENTO Y DESARROLLO DE GESTION Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL CON DESTINO A LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA** del Contrato de prestación de Servicios No. 273 de fecha 01/03/2026, la presente cuenta correspondiente al mes de abril, y cumple con el pago de seguridad social.

| DETALLE | |
|--|------------|
| Valor Contrato inicial | 19.080.000 |
| No. CDP | 345 |
| No. RP | 351 |
| Rubro Presupuestal: Servicios Administrativos | |
| Plazo de Ejecución | 4 meses |
| ADICION: | |
| No.CDP | |
| No.RP | |
| Plazo de Ejecución | |
| Modificación | |
| Otro Si Modificatorio | |
| Valor Contrato Inicial+Adición-Modificación | 19.080.000 |
| Valor Ejecutado | 4.770.000 |
| Valor Factura Actual | 4.770.000 |
| Total Ejecutado | 9.540.000 |
| Saldo por Ejecutar | 9.540.000 |
| Porcentaje de Ejecución= Total Ejecutado/(Valor Contrato Inicial+Adición-Modificación)% | 50% |

Se expide en la ciudad de Funza, en el mes de abril del año dos mil Veintiséis (2.026).


NOMBRE SUPERVISOR: MARIO GÓNGORA CONTRERAS
 SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA


NOMBRE LIDER: MARIO GÓNGORA CONTRERAS
CARGO: SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

"Tu Salud, Nuestro Compromiso"

Sede Administrativa: Calle 11 N° 9-99, Piso 2 - Funza Cundinamarca - Correo: gerencia@hospitalfunza.gov.co

Web: <http://www.hospitalfunza.gov.co/>



| | | | |
|----------------------------------|--------------------------------------|--|------------------------------|
| EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO | | "E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES" | |
| | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | NOMBRE | | |
| FORMATO | DECLARACION EQUIVALENTE A LA FACTURA | | |
| CODIGO | VERSION | FECHA ELABORACION | AREA O PROCESO QUE LO GENERA |
| A-TH-F-010 | 6 | 5/03/2025 | GESTION DEL TALENTO HUMANO |
| | | | PAGINA |
| | | | 1 DE 1 |

| | | | | | |
|-------------------------|--|--|--|---|---------------|
| CUIDAD Y FECHA: | Funza Cundinamarca, abril 06 2026 | | | FACTURA NUMERO | 24 |
| PRESTADOR DEL SERVICIO: | JULITH PAOLA BARBOSA CASTILLO | | | NIT/ NUMERO DE CEDULA | 1.010.163.964 |
| DIRECCION RESIDENCIA: | CALLE 93 # 72 20 INT 1106 | | | TELEFONO: | 3138293512 |
| Email: | jbarbosacastillo@hospital.com | | | SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA | |
| | | | | SERVICIO DONDE PRESTA SUS SERVICIOS | |

| CANTIDAD | DESCRIPCION | VIR UNITARIO | VALOR TOTAL |
|----------|---|-----------------|--------------------------------|
| 1 | Abono correspondiente al mes de abril de 2026, según lo establecido en el contrato 273 de 2026, cuyo objeto es, PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVA PROFESIONAL EN ACTIVIDADES DE FORMULACION, SEGUIMIENTO Y DESARROLLO DE GESTION Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL CON DESTINO A LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA. | 4.770.000,00 \$ | 4.770.000 |
| | | | VALOR TOTAL: \$ 4.770.000,00 |
| | | | IMPUESTO ASUMIDO: \$ |
| | | | TOTAL A PAGAR: \$ 4.770.000,00 |

Dentro de la gravedad de juramento, que sobre los hechos preteridos SI () o NO (X), se tomaran costos o deducciones asociados a dichas rentas, conforme a lo establecido en los artículos 1, 2, 4, 6 y 12.4.17 del Decreto Único Reglamentario 1825 de 2016. Si no aplica al final del año costos y gastos para el emisor, aplicar la tarifa de retención establecida en el artículo 383 del Estatuto Tributario. En caso afirmativo, en donde se adjudican costos y gastos para el emisor, a más ingresos por favor indicar las retenciones con la tarifa tributacional del artículo 382 del Estatuto Tributario (4%, 5%, 10% u 11%). La información suministrada es fidedigna y corresponde al presente contrato de prestación de servicios.

FIRMA:

| | | | | | | | | |
|-------------------------|-----------|------------|---|------------|----|--------------|----|----|
| FAVOR PAGAR A LA CUENTA | CORRIENTE | AHORROS | X | DECLARANTE | SI | X | NO | NC |
| BANCO | | DAVIVIENDA | | NO CUENTA | | 462178058152 | | |

Decreto 1825 de 2016, Artículo 1.6.1.4.40. Documento equivalente a la Factura, personas regimen comun o personas naturales no comerciantes inscritas en el regimen simplificado.



E.S.E DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA

Tipo de Documento

Area o Proceso que lo Genera:

FORMATO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

Nombre

Código

Versión

Fecha aprobación

INFORME

A-TH-F-011

V5

05/03/2025



1. INFORMACION DEL CONTRATISTA:

| | |
|--|---|
| NUMERO DE CONTRATO | 273-2026 ✓ |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA | JULITH PAOLA BARBOSA CASTILLO ✓ |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD Y/O NIT | 1.010.163.964 ✓ |
| FECHA ACTA DE INICIO | 01/03/2026 ✓ |
| VALOR DEL CONTRATO | \$19.080.000 ✓ |
| PLAZO DE EJECUCION | 4 meses ✓ |
| PRORROGA (ADICION) | N/A |
| FECHA FINAL DEL CONTRATO | Hasta 30 de junio de 2026 ✓ |
| FECHA TERMINACION ANTICIPADA (si aplica) | N/A |
| VALOR ADICION | N/A |
| VALOR CONTRATO DEL CONTRATO + ADICION | \$19.080.000 ✓ |
| OBJETO CONTRATO | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA PROFESIONAL EN ACTIVIDADES DE FORMULACION, SEGUIMIENTO Y DESARROLLO DE GESTION Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL CON DESTINO A LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA. ✓ |
| PERIODO A QUE CORRESPONDE EL INFORME | ABRIL del 2026 ✓ |
| FECHA DE PRESENTACION DEL INFORME | ABRIL del 2026 ✓ |
| NUMERO DE INFORME | 2 de 4 ✓ |
| SALDO DE EJECUCION PRESUPUESTAL | \$14.310.000 ✓ |
| VALOR A PAGAR EN LA PRESENTE ACTA | \$4.770.000 ✓ |
| ENTIDAD BANCARIA. N° DE CUENTA | Davivienda, 462170058152 ✓ |
| SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO <u>X</u> SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD | |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO | MARIO GÓNGORA CONTRERAS ✓ SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA |

"Tu Salud, Nuestro Compromiso"

Sede Administrativa. Calle 11 N° 9-99, Piso 2 - Funza Cundinamarca - Correo: gerencia@hospitalfunza.gov.co
Web: <http://www.hospitalfunza.gov.co/>





E.S.E DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA

Tipo de Documento

Area o Proceso que lo Genera:

FORMATO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

Nombre

Código

Versión

Fecha aprobación

INFORME

ATH-F-011

V5

05/03/2025



2. TIPO DE INFORME: Marque con una x el tipo de informe.

Informe Mensual

Informe Final

3. OBLIGACIONES ESPECIFICAS: Escriba todas las obligaciones contractuales especificas con el detalle de cada una y el grado de cumplimiento.

| No | OBLIGACIONES ESPECIFICAS CONTRACTUALES | DETALLE DE ACTIVIDAD | % DE CUMPLIMIENTO |
|----|---|---|-------------------|
| 1 | Realizar la formulación y el seguimiento del Plan de Desarrollo Institucional y Plan Operativo Anual en cumplimiento a los lineamientos establecidos por el área de Planeación de la Secretaría de Salud de la Gobernación de Cundinamarca, el plan de desarrollo departamental, plan territorial en salud del Departamento y el Plan Decenal de Salud. | Consolidación soportes POA I trimestre 2026, seguimiento y sustentación ante SSC, envío de información con los resultados y evidencias a la oficina de planeación sectorial de la secretaria de salud de Cundinamarca | 50% |
| 2 | Realizar la formulación, el seguimiento y consolidación de la información entregada como soporte por los líderes de proceso para la evaluación de plan de gestión del Gerente según resolución 408 de 2018. | Se realiza seguimiento a informes de obligatorio cumplimiento, procesos de compras conjuntas, auditorias y demás indicadores para cumplimiento de la vigencia 2025 cierres y reportes de la vigencia 2026. Radicación de informe plan de gestión del gerente a la junta directiva con la totalidad de los soportes consolidados el pasado 1 de abril, sustentación a junta directiva aprobación de acuerdo y acta el pasado 22 de abril de 2026 | 50% |
| 3 | Realizar seguimiento a plan indicativo formulado y entregar informe trimestral por medio de tablero de mando implementado por la ESE. | Consolidación soportes POA I trimestre 2026, seguimiento y sustentación ante SSC, envío de información con los resultados y evidencias a la oficina de planeación sectorial de la secretaria de salud de Cundinamarca | 50% |
| 4 | Realizar el despliegue, desarrollo y seguimiento del direccionamiento estratégico de la institución. | Se realiza retroalimentación con las áreas del direccionamiento estratégico así como el cumplimiento de los objetivos del direccionamiento estratégico a través de comités. | 50% |
| 5 | Preparar, formular y realizar seguimiento al plan bienal de inversiones en salud. | Seguimiento periódico a la ejecución de los proyectos inscritos al plan bienal de inversiones. Asistencia técnica para la creación de usuarios y claves plan maestro con secretaria de salud de Cundinamarca, asistencia técnica con ministerio de salud para el manejo de plataforma plan maestro. | 50% |

"Tu Salud, Nuestro Compromiso"

Sede Administrativa. Calle 11 N° 9-99, Piso 2 - Funza Cundinamarca - Correo: gerencia@hospitalfunza.gov.co

Web: <http://www.hospitalfunza.gov.co/>





E.S.E DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA

Tipo de Documento

Area o Proceso que lo Genera:

FORMATO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

Nombre

Código

Versión

Fecha aprobación

INFORME

ATH-F-011

V5

05/03/2025



| No | OBLIGACIONES ESPECIFICAS CONTRACTUALES | DETALLE DE ACTIVIDAD | % DE CUMPLIMIENTO |
|----|--|--|-------------------|
| 6 | Organización, convocatoria, presentación y ejecución de las jornadas de rendición de cuentas. | Se realiza y socializa con las áreas de apoyo el plan de trabajo para la rendición de cuentas vigencia 2025, consolidación y ajustes de la presentación, publicación de reglamento de rendición de cuentas, reporte a la Supersalud archivo GT003 rendición de cuentas. | 50% |
| 7 | Comunicar sobre planes y programas del Hospital, así como resultados de la gestión Institucional. | Consolidación soportes POA I trimestre 2026, seguimiento y sustentación ante SSC, envió de información con los resultados y evidencias a la oficina de planeación sectorial de la secretaria de salud de Cundinamarca | 50% |
| 8 | Apoyar el reporte de informes al Ministerio de Salud y Superintendencia Nacional de Salud. | Seguimiento al reporte de informes en cumplimiento de la periodicidad definida: circular 029 facturación, FT025 facturación, FT018 contabilidad, Política Pública de participación ciudadana, reporte indicadores 256, alianza de usuarios, reportes contables FP001, FP002, FP003, FT002 reporte 2193 y seguimiento para envió a Ministerio de Salud. | 50% |
| 9 | Realizar seguimiento a programas y proyectos que se ejecuten en la ESE. | Reportes mensuales en plataforma SISPRO ejecución proyectos de inversión de conformidad con los informes presentados por las diferentes áreas. Apoyo en la elaboración y suministro de sustento técnico para estudios previos de las licitaciones de los proyectos de inversión. | 50% |
| 10 | Realizar seguimiento a las acciones implementadas en el modelo integrado de planeación y gestión MIPG. | Consolidación soportes FURAG 2025, reporte en plataforma formulario FURAG acorde a las evidencias entregadas por los procesos y las respuestas entregadas. | 50% |
| 11 | Asistir a las reuniones a las que sea oportunamente convocada y que tengan relación con las actividades contratadas. | Asistencia a reuniones previamente convocadas. | 50% |
| 12 | Realizar de manera oportuna la publicación del informe de actividades con soportes en la plataforma del Secop II. | Presentación de informe de actividades en Secop II | 50% |
| 13 | Las demás que sean requeridas para el cumplimiento del objeto contractual. | Proyección de oficios y requerimientos a los procesos, seguimiento al cargue de informes, elaboración de informes requeridos, reporte a plataforma PISIS ejecución de proyectos de inversión en curso. Seguimiento a proyectos radicados en ministerio de salud. | 50% |

4. RELACION PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL: Si es primera cuenta, por favor adjuntar certificados de afiliación, de lo contrario adjuntar planilla de seguridad social pagada.

"Tu Salud, Nuestro Compromiso"

Sede Administrativa, Calle 11 N° 9-99, Piso 2 - Funza Cundinamarca - Correo: gerencia@hospitalfunza.gov.co

Web: <http://www.hospitalfunza.gov.co/>





E.S.E DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA

Tipo de Documento: **FORMATO** Area o Proceso que lo Genera: **GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO**

| Nombre | Código | Versión | Fecha aprobación |
|---------|------------|---------|------------------|
| INFORME | A-TH-F-011 | V5 | 05/03/2025 |



4.1 DESCRIPCIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL: Por favor describa el pago del mes vencido de sus aportes y adjunte su planilla pagada.

| | |
|--------------------------|------------|
| MES DE PAGO | MARZO 2028 |
| No. PLANILLA | 1080389556 |
| APORTE SALUD | \$250.000 |
| APORTE PENSION | \$320.000 |
| APORTE ARL | \$48.800 |
| APORTE CAJA COMPENSACION | \$12.000 |
| VALOR TOTAL PAGADO | \$630.800 |

[Handwritten signature]

DECLARACIÓN No. 1: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las labores efectivamente desarrolladas en el periodo indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.

SI NO

DECLARACIÓN No. 2: Manifiesto que he cumplido con mi obligación de cotizar a salud y pensión de acuerdo con lo establecido en el contrato, y que no he recibido ingresos adicionales durante el presente mes que aumenten la base de cotización.

SI NO

| | |
|---|---|
| Contratista y/o Representante | Vto. Bueno Lider de proceso o área en el cual realiza sus actividades |
| JULITH PAOLA BARBOSA CASTILLO C.C 1.010.163.964 Contratista Planeación | MARIO GÓNGORA CONTRERAS SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA |
| Supervisor del Contrato | |
| MARIO GÓNGORA CONTRERAS SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA | |
| Visto Bueno Tesorería | |
| Firma | |

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-04-22, 07:44:26 a. m. Tipo Planilla | Número Planilla 1080389556
 Período Cotización 202603 Período Servicio 202603



PAGADA 2026-04-07 07:26:58.0

I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---------------------|-------------------------------|--|--------------------|--------------------------|--|
| Razón Social | JULITH PAOLA BARBOSA CASTILLO | | Dirección | CL 93 #72 - 20 APTO 1108 | |
| Documento | CC 1010163964 | | Teléfono | 6409449 | |
| Tipo de Empresa | INDEPENDIENTE | | Forma Presentación | UNICO | |
| Tipo Persona | NATURAL | | Departamento | BOGOTA D.C. | |
| Representante Legal | | | Identificación | | |
| | | | Total Afiliados | 1 | |

II. DATOS DEL AFILIADO

| | | | | | | | | | | | | |
|----------------|---------------|-----------|-----------|---|---------------------|-------------------------------|------------------------------|---------------|-------------------|--------------|-------------------|--|
| Documento | CC 1010163964 | Residente | Exonerado | N | Apellidos y Nombres | Barbosa Castillo Julith Paola | Código Ciudad - Departamento | 25286000 - 25 | Centro de Trabajo | CUNDINAMARCA | Ubicación Laboral | |
| Tipo Cotizante | 59 | 00 | | | | | | | | | | |

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| Novedades | Pensión | | | Salud | | | Riesgos | | | Caja | | | Parrificales | | |
|-----------|------------|------------|------------------|------------|------------|------------------|------------|------------|------------------|------------|------------|------------------|--------------|------------|------------------|
| | Código AFP | Tarifa AFP | Total Aporte AFP | Código AFP | Tarifa AFP | Total Aporte AFP | Código AFP | Tarifa AFP | Total Aporte AFP | Código AFP | Tarifa AFP | Total Aporte AFP | Código AFP | Tarifa AFP | Total Aporte AFP |
| | 20000 | 15% | \$ 250.000 | 20000 | 15.0% | \$ 2.000.000 | 20000 | 15.0% | \$ 2.000.000 | 20000 | 0.5% | \$ 2.000.000 | 20000 | 0.5% | \$ 2.000.000 |

IV. TOTALES

| | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-------------------|--------------------|---------------------|-----------------------|---------------------|--------------------|--------------------|--------------------|-------------------|-------------|
| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSPS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
| PORVENIR | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | FAMISANAR EPS | ARL SURA | COMPENSAR CCF | SENA | ICBF | ESAP | MEN | \$ 630.800 |
| \$ 320.000 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 250.000 | \$ 48.800 | \$ 12.000 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 630.800 |

Handwritten signature



