

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	LAURA MARCELA ALVARADO CORTES		CC:	1010023788	
CORREO ELECTRÓNICO:	LAURAMARCELA56@HOTMAIL.COM		TELÉFONO:	3118028129	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 91A 54 29 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	316542455

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 7644 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 3.169.200
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/10/14	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/07/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31		



LAURA MARCELA ALVARADO CORTES
PS_7644_2025_D1E0F9

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LAURA MARCELA ALVARADO CORTES
CC: 1010023788
CEL: 3118028129

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

LAURA MARCELA ALVARADO CORTES

CON C.C N°

1.010.023.788

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO MAS BIENESTAR
-----------------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 7644 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/10/14
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 2.517.120	No. HORAS EJECUTADAS	139
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 44.469.120	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.169.200
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES
--	-----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO
--	---------------------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA
-------------------------------	---------------------------------

ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)
-------------	--

1	1 OBLIGACIÓN: DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES QUE SE GENEREN DIRECTA E INDIRECTAMENTE DEL OBJETO CONTRACTUAL EN LAS UNIDADES DE PRESTACION DE SERVICIOS ASIGNADAS DE ACUERDO CON LA PROGRAMACION DE ACTIVIDADES. 1.1 ACTIVIDAD: REALICÉ VISITAS DOMICILIARIAS, EJECUTÉ SEGUIMIENTOS FAMILIARES, ORIENTÉ PROCESOS Y DESARROLLÉ ACTIVIDADES COMUNITARIAS EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA RBC DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE. 1.2 EVIDENCIA: DILIGENCIÉ PLANES DE CUIDADO FAMILIAR, ELABORÉ REGISTROS DE VISITAS y CONSOLIDÉ FORMATOS DE SEGUIMIENTO.
---	--

2	2 OBLIGACIÓN: CUMPLIR CON EL OBJETO DEL CONTRATO, COMO REFERENTE DE CIRUGÍA Y HOSPITALIZACION DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA. 2.1 ACTIVIDAD: BRINDÉ ORIENTACIÓN EN SALUD PUBLICA, REALICÉ SEGUIMIENTO A CONDICIONES DE SALUD Y APOYÉ LA ARTICULACIÓN CON LOS SERVICIOS REQUERIDOS POR LOS USUARIOS. 2.2 EVIDENCIA: ELABORÉ REGISTROS DE ATENCIÓN, DILIGENCIÉ NOTAS DE EVOLUCIÓN Y PRESENTÉ SOPORTES DE CANALIZACIÓN Y SEGUIMIENTO.
---	---

3	3 OBLIGACIÓN: CUMPLIR CON LAS LEYES, DECRETOS, ACUERDOS, RESOLUCIONES, CIRCULAR DE CUALQUIER ORGANO EXTERNO O REGLAMENTO INTERNO, CODIGO O DIRECTRIZ INTERNA DE LA E.S.E. QUE TENGA RELACION CON LA EJECUCION DEL OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO. 3.1 ACTIVIDAD: APLIQUÉ LOS LINEAMIENTOS OPERATIVOS DEFINIDOS PARA LA ESTRATEGIA MAS BIENESTAR EN TU HOGAR. 3.2 EVIDENCIA: DILIGENCIÉ FORMATOS DE LAS VISITAS DE CADA FAMILIA Y REGISTRÉ LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL APLICATIVO.
---	--

4	4 OBLIGACIÓN: ACATAR LAS INSTRUCCIONES QUE DURANTE EL DESARROLLO DEL CONTRATO IMPARTA LA SUBRED A TRAVES DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO. 4.1 ACTIVIDAD: PARTICIPÉ EN REUNIONES, IMPLEMENTÉ LAS RECOMENDACIONES EMITIDAS POR LA SUPERVISIÓN Y AJUSTÉ LOS PROCESOS SEGÚN LOS LINEAMIENTOS OPERATIVOS. 4.2 EVIDENCIA: DILIGENCIÉ LISTADOS DE ASISTENCIA Y PRESENTÉ SOPORTES DE MEJORA.
---	--

5	5 OBLIGACIÓN: NO ACCEDER A PETICIONES O AMENAZAS DE QUIENES ACTÚEN POR FUERA DE LA LEY CON EL FIN DE HACER U OMITIR ALGÚN HECHO. 5.1 ACTIVIDAD: ACTUÉ CON ÉTICA PROFESIONAL, GARANTICÉ LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN Y RESPETÉ LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS. 5.2 EVIDENCIA: REGISTRÉ LA ATENCIÓN AJUSTADA A LOS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES EN EL APLICATIVO
---	---

6	6 OBLIGACIÓN: TENER EN CUENTA LAS OBSERVACIONES Y LINEAMIENTOS DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO. 6.1 ACTIVIDAD: REALICÉ AJUSTES EN LOS PROCESOS DE INTERVENCIÓN Y FORTALECÍ LAS ACCIONES TERAPÉUTICAS SEGÚN LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS. 6.2 EVIDENCIA: ACTUALICÉ INFORMES, MODIFIQUÉ REGISTROS Y PRESENTÉ SOPORTES DE MEJORA CONTINUA.
---	--

7	7 OBLIGACIÓN: GARANTIZAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS OFRECIDOS (IDONEIDAD HUMANA, MORAL Y TECNICA. 7.1 ACTIVIDAD: DESARROLLÉ INTERVENCIONES CON ENFOQUE DIFERENCIAL, FAMILIAR Y COMUNITARIO, GARANTIZANDO UNA ATENCIÓN HUMANIZADA E INTEGRAL. 7.2 EVIDENCIA: DILIGENCIÉ REGISTROS DE INTERVENCIÓN, REALICÉ SEGUIMIENTOS Y ELABORÉ PLANES DE CUIDADO FAMILIAR ACORDE A CADA NECESIDAD.
---	---

8	8 OBLIGACIÓN: CUMPLIR CON LAS GUÍAS, PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS IMPLEMENTADOS POR LA SUBRED Y DEMÁS CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍAS DE CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL. 8.1 ACTIVIDAD: APLIQUÉ LOS PROTOCOLOS DE ATENCIÓN, IMPLEMENTÉ LAS RUTAS DE CANALIZACIÓN Y CUMPLÍ LOS LINEAMIENTOS DE LA ESTRATEGIA RBC. 8.2 EVIDENCIA: DILIGENCIÉ FORMATOS DE ATENCIÓN, REGISTRÉ CANALIZACIONES Y ORGANICÉ SOPORTES DE ACTIVIDADES.
---	---

9	9 OBLIGACIÓN: REALIZAR LAS ACTIVIDADES ENCOMENDADAS RELACIONADAS CON LAS POLÍTICAS DE LA SUBRED RESPECTO AL PROCESO DE ACREDITACION, HABILITACION Y CERTIFICACION EN SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD. 9.1 ACTIVIDAD: APOYÉ EL DILIGENCIAMIENTO ADECUADO DE FORMATOS Y FORTALECÍ EL CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD ESTABLECIDOS. 9.2 EVIDENCIA: CONSOLIDÉ REGISTROS EN EL APLICATIVO GTAPS.
10	10 OBLIGACIÓN: ENTREGAR AL SUPERVISOR, UNA VEZ FINALICE EL CONTRATO LOS ARCHIVOS FÍSICOS Y MAGNETICOS QUE SE HUBIEREN GENERADO DURANTE SU EJECUCION. 10.1 ACTIVIDAD: ORGANICÉ LOS SOPORTES Y ENTREGUÉ LOS ARCHIVOS DIGITALES DERIVADOS DE LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS. 10.2 EVIDENCIA: PRESENTÉ BASES DE DATOS, ENTREGUÉ FORMATOS DILIGENCIADOS EN FISICO.
11	11 OBLIGACIÓN: EL CONTRATISTA SERÁ RESPONSABLE ANTE LAS AUTORIDADES COMPETENTES POR LAS ACCIONES U OMISIONES EN EL EJERCICIO DE LAS ACTIVIDADES QUE DESARROLLEN EN VIRTUD DEL PRESENTE CONTRATO, CUANDO CON ELLOS CAUSEN PERJUICIO A LA SUBRED O A TERCEROS. 11.1 ACTIVIDAD: EJECUTÉ LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS CON RESPONSABILIDAD PROFESIONAL Y CUMPLÍ LOS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES DEFINIDOS. 11.2 EVIDENCIA: GENERÉ SOPORTES DE GESTIÓN, REGISTRÉ LAS INTERVENCIONES REALIZADAS Y PRESENTÉ EVIDENCIAS DE CUMPLIMIENTO DURANTE EL MES DE MAYO.
12	12 OBLIGACIÓN: REALIZAR EL PAGO DE LOS APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES, DE CONFORMIDAD CON LA LEY 1955 DE 2019 PLAN DE DESARROLLO 2018 2022, EN SU ARTÍCULO 336 DEROGO ESTOS PRECEPTOS Y EN SU LUGAR ENTRO A REGIR EL ARTÍCULO 244 DE LA MISMA NORMA, RATIFICANDO LO DISPUESTO EN LA LEY 1753 DE 2015, Y DEMÁS NORMAS QUE LO REGLAMENTEN, COMPLEMENTEN O SUSTITUYAN. EL INCUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACION O LA FALSEDAD EN LA MISMA SERÁ CAUSAL DE INCUMPLIMIENTO Y TERMINACION DEL CONTRATO, PARA LO CUAL SE DARÁ TRAMITE AL PROCESO PERTINENTE DE CONFORMIDAD CON EL MANUAL DE CONTRATACION Y ACCIONES LEGALES A QUE HAYA LUGAR. 12.1 ACTIVIDAD: REALICÉ EL PAGO OPORTUNO DE LOS APORTES A SEGURIDAD SOCIAL Y CUMPLÍ LA NORMATIVIDAD VIGENTE. 12.2 EVIDENCIA: PRESENTÉ LA PLANILLA PAGADA Y ADJUNTÉ EL COMPROBANTE DE PAGO DEL MES.
13	13 OBLIGACIÓN: DESARROLLAR EL PLAN DE CUIDADO FAMILIAR, ACORDE A CRITERIO DE PRIORIZACION Y A LAS CLARIDADES TECNICAS, OPERATIVAS Y METODOLOGICAS RELACIONADAS EN LAS FICHAS TECNICAS. 13.1 ACTIVIDAD: ELABORÉ Y EJECUTÉ PLANES DE CUIDADO FAMILIAR CON ENFOQUE RBC, IDENTIFIQUÉ NECESIDADES Y FORTALECÍ REDES DE APOYO. 13.2 EVIDENCIA: DILIGENCIÉ PLANES DE CUIDADO, REALICÉ SEGUIMIENTOS Y REGISTRÉ LAS INTERVENCIONES EFECTUADAS.
14	14 OBLIGACIÓN: REALIZAR LA PLANILLA Y EL CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LAS FAMILIAS CON LAS QUE SE INICIAN LOS PLANES DE CUIDADO FAMILIAR O EL FORMATO DE DISENTIMIENTO DE LAS FAMILIAS QUE RECHAZAN LA INTERVENCION. 14.1 ACTIVIDAD: DILIGENCIÉ LOS FORMATOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CADA FAMILIA 14.2 EVIDENCIA: ORGANICÉ FORMATOS FIRMADOS Y PRESENTÉ SOPORTES EN FISICO CON CALIDAD.
15	15 OBLIGACIÓN: VERIFICAR EL ARCHIVO PLANO DE RUTEO, DONDE SE EVIDENCIE LA GESTION FINAL DEL CASO. 15.1 ACTIVIDAD: VERIFIQUÉ LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL ESTADO Y CIERRE DE LOS CASOS ASIGNADOS Y ACTUALICÉ LOS REGISTROS. 15.2 EVIDENCIA: ACTUALICÉ ARCHIVOS PLANOS, CONSOLIDÉ BASES DE DATOS Y PRESENTÉ SOPORTES DE GESTIÓN FINAL.
16	16 OBLIGACIÓN: REALIZAR LOS TAMIZAJES REQUERIDOS POR EL PERFIL EPOC, COPE 28, SRQ, RQC, WHODAS, ZARIT, BARTHEL) SEGÚN APLIQUE. 16.1 ACTIVIDAD: APLIQUÉ TAMIZAJES APGAR, ZARIT, BARTHEL Y WHODAS SEGÚN LAS NECESIDADES IDENTIFICADAS EN LOS USUARIOS Y CUIDADORES. 16.2 EVIDENCIA: DILIGENCIÉ FORMATOS DE TAMIZAJES, REGISTRÉ RESULTADOS PARA CREAR LOS PLANES DE CUIDADO FAMILIAR.
17	17 OBLIGACIÓN: REALIZAR LAS CANALIZACIONES DE ACUERDO CON LA NECESIDAD. 17.1 ACTIVIDAD: EFECTUÉ CANALIZACIONES A SERVICIOS DE SALUD Y APOYO SOCIAL DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES IDENTIFICADAS EN LOS USUARIOS Y SUS FAMILIAS. 17.2 EVIDENCIA: DILIGENCIÉ FORMATOS DE CANALIZACIÓN, REALICÉ SEGUIMIENTOS REGISTRADOS EN EL APLICATIVO.
18	18 OBLIGACIÓN: REALIZAR NOTIFICACION DE EVENTOS DE INTERES DE SALUD PÚBLICA DE ACUERDO CON LA NECESIDAD. 18.1 ACTIVIDAD: IDENTIFIQUÉ Y REPORTÉ EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DURANTE LAS VISITAS Y LOS SEGUIMIENTOS FAMILIARES. 18.2 EVIDENCIA: DILIGENCIÉ FORMATOS DE NOTIFICACIÓN SIVIM Y REGISTRÉ LOS REPORTES REALIZADOS.
19	19 OBLIGACIÓN: REALIZAR EL CARGUE AL APLICATIVO GTAPS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD LA INFORMACION DE LAS FAMILIAS VISITADAS EN EL CONVENIO EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES MAS BIENESTAR. 19.1 ACTIVIDAD: REGISTRÉ Y CARGUÉ OPORTUNAMENTE LA INFORMACIÓN DE LAS FAMILIAS INTERVENIDAS EN EL APLICATIVO GTAPS DURANTE EL MES DE MAYO. 19.2 EVIDENCIA: GENERÉ REGISTROS EN GTAPS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD.
20	20 OBLIGACIÓN: CUMPLIR, SEGÚN SU PERFIL Y RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, CON TODAS LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL ANEXO TECNICO DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR VIGENTE, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED, ASÍ COMO CON LOS LINEAMIENTOS TECNICOS Y OPERATIVOS QUE DE ESTE SE DERIVEN. 20.1 ACTIVIDAD: EJECUTÉ ACCIONES DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN, EDUCACIÓN Y REHABILITACIÓN BASADA EN COMUNIDAD DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR 20.2 EVIDENCIA: ELABORÉ INFORMES MENSUALES, DILIGENCIÉ REGISTROS DE VISITAS, PRESENTÉ PLANES DE CUIDADO FAMILIAR Y ORGANICÉ SOPORTES DE INTERVENCIÓN EN FISICO.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
------	----------------------------	----	----

1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	X	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	X	
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?	X	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago, CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2026-05-01) AL (2026-05-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9503106324	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/05/15	\$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/05/15	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/05/15	\$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 541.800


V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA


- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
- 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)
- 3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
- 4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.


VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 <p><i>LAURA MARCELA ALVARADO CORTES</i> PS_7644_2025_D1E0F9</p> <hr/> <p>LAURA MARCELA ALVARADO CORTES CC: 1010023788</p>
---------------------------------------	---

FIRMA DE QUIEN VALIDA	 <p><i>LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ</i> PS_7644_2025_D1E0F9</p> <hr/> <p>LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ SUPERVISOR ALTERNO</p>
------------------------------	---

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p><i>LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA</i> PS_7644_2025_D1E0F9</p> <hr/> <p>LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>
--	--

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1010023788		LAURA MARCELA ALVARADO CORTES	INDEPENDIENTE	Principal	Carrera 91 A #54-29 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3118028129	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	380898271	9505751994	I	2026/06/23	2026/06/11	BANCO DE BOGOTA	0	\$541,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																											
EMPLEADO			NOVEDADES													PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES											
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	del	tae	tdp	tap	vs	pc	or	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	irt	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes	
SUCURSAL: Principal (1 Afiliados)																																											
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)																																											
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																																											
1	CC	1010023788	ALVARADO LAURA																			23030	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS005	30	\$1,750,905	\$218,900		0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,750,905	2.436%	\$42,700	0	\$0	\$0	No	\$541,800
Total Afiliados(1)																						\$1,750,905	\$280,200		\$1,750,905	\$218,900		\$0	\$0	\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0			\$541,800						

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900
TOTAL				1	\$541,800	\$0	\$0	\$541,800

 **Pago exitoso**

Número de autorización 629202

Miércoles, 10 de junio de 2026, 8:56:36 p. m.

Detalle

\$541.800

Valor Pagado

IVA incluido: \$0

Pago a: APORTES EN LINEA

Débito desde: Cuenta de Ahorros *2455

Descripción: Pago de la Planilla de aportes
con clave: 9505751994

Fecha y hora inicio transacción 2026-06-10 20:55:13

NIT del comercio 9999001472382

Número de factura 9505751994

Código Único de Seguimiento 380898271

Dirección IP: 181.63.82.12

Referencia 1: 10.129.7.5

Referencia 2: CC

Referencia 3: 1010023788