

**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA**

Versión	3
Fecha de aprobación	2/15/2018
Código:	04-02-FO-0002



**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		LINDA KATHERINE VALDERRAMA MEDINA					
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E	No.	52525059		
CORREO ELECTRONICO:	lindaangel79@hotmail.com			CELULAR:	6015710104		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		U C S Convenio 462-2025 Localidad Fontibon		SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	SU42V01-3	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		20761613463			PENSIONADO	NO	

**INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

NÚMERO DE CONTRATO		3348		VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	1254	FECHA	2026-05-26 16:05:26.000	NÚMERO DE CRP	21650	FECHA	2026-05-31 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	TERAPEUTA / FISIOTERAPEUTA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE		FECHA INICIAL		HASTA	
				2026-05-01		2026-05-31	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$4,283,775			
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial		RESERVA DE GLOSA 0%		N/A		

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercute en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

**CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO**

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$12,708,533
VALOR EJECUTADO	\$12,280,168
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$4,283,775
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$428,365
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	97%

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 \$2.194,507 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
82549736	\$1,713,510	\$214,189	\$274,162	3	\$41,741	\$530,091

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Mayo de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ  
52744682  
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..  
Copyright © 2021

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Apoyar el proceso de socialización, inscripción y convocatoria del proyecto	REALIZAR SOCIALIZACION DEL CONVENIO 462 - 2025 DAPS Y ACCIONES COMPLEMENTARIAS PARA CUIDADORES Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD-BUSQUEDA ACTIVA EN CAMPO Y REUNION VON COLEGIO INTEGRADO DE FONTIBON Y LA FELICIDAD	BASE DE LISTA DE ESPERA Y BASE INSCRITOS A PROYECTO DE CUIDADORES EN DRIVE
Participar y contribuir al desarrollo de las diferentes etapas del proyecto, y en especial aquellas que requieren orientación técnica específica.	REALIZAR LLAMADAS PARA CONCERTACION DE VISITAS DE VULNERABILIDAD Y PRESCRIPCION CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 462 - 2025 DAPS DE LA LOCALIDAD DE FONTIBON. REALIZAR VISITAS DE VULNERABILIDAD Y PRESCRIPCION DE CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 462 DAPS DE LA LOCALIDAD DE FONTIBON DAPS Y ACCIONES COMPLEMENTARIAS PARA CUIDADORES BUSQUEDA DE ESPACIO PARA EJECUCION DE PROYECTO DE CUIDADORES CI 462 - 2026 REALIZAR TALLERES DE CUIDADORES Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD CI 462 - 2026	BASE DE LISTA DE ESPERA INSCRITOS DAPS Y CUIDADORES 43 FORMATOS DE VISITA DE VULNERABILIDAD Y PRESCRIPCION CON LOS RESPECTIVOS SOPORTES ACTA SOLICITUD ESPACIO SALON COMUNAL LA LAGUNA, ZONA FRANCA Y VILLEMAR LISTADO DE ASISTENCIA, FICHA TECNICA Y ACTA DE SESION DE 3 GRUPOS DE CUIDADORES
Planear el desarrollo de las acciones que correspondan para dar cumplimiento a lo concertado en la fase de formulación	REALIZAR VISITAS DE VULNERABILIDAD Y PRESCRIPCION DE CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 462 DAPS DE LA LOCALIDAD DE FONTIBON DAPS Y ACCIONES COMPLEMENTARIAS PARA CUIDADORES REALIZAR TALLERES DE CUIDADORES Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD CI 462 - 2026	43 FORMATOS DE VISITA DE VULNERABILIDAD Y PRESCRIPCION CON LOS RESPECTIVOS SOPORTES LISTADO DE ASISTENCIA, FICHA TECNICA Y ACTA DE SESION DE 3 GRUPOS DE CUIDADORES
Realizar la solicitud de insumos de acuerdo con las actividades a desarrollar.	NO APLICA PARA ESTE MES	NO APLICA PARA ESTE MES
Articulación y gestión con el área de participación social de la subred y o la SDS, garantizando el desarrollo de los procesos de veeduría ciudadana en la ejecución de las acciones y cumplimiento de los productos	ALIMENTAR LA BASE DE DATOS DE SEGUIMIENTO PARA CONSULTA POR PARTE DE VEEDORES	SEGUIMIENTO - DRIVE
Articulación sectorial e intersectorial que facilite la ejecución de las acciones y cumplimiento de los productos.	ARTICULACION CON SALONES COMUNALES E IPS PRIVADA PARA IDENTIFICAR POBLACION PARA VISITAR	ACTAS
Apoyo a la presentación pública inicial y final.	NO APLICA PARA ESTE MES	NO APLICA
Consolidar y mantener actualizada la información relacionada con la base de datos del o los componentes del Convenio en el que se desempeñe.	REALIZAR DILIGENCIAMIENTO DE LA BASE DE DATOS DEL CI 462-2025	BASE DE DATOS DRIVE
Elaboración de fichas técnicas y a y fichas operativas correspondientes a sesiones o sesiones establecidas para el o los componentes en los que se desempeñe, con calidad y calidad de acuerdo con lo establecido en el anexo técnico.	REALIZAR FICHAS TECNICAS DE ACCIONES COMPLEMENTARIAS PARA CUIDADORES CI 462-2025	FICHAS TECNICAS
Gestionar el adecuado desarrollo de cada una las acciones establecidas para el o los componentes en los que se desempeñe, con calidad y calidad de acuerdo con lo establecido en el anexo técnico.	SE REALIZAN ACTIVIDADES ACORDES AL LINEAMIENTO TECNICO DE LA SECRETARIA DE SALUD Y ANEXO TECNICO DEL CONVENIO CI 462-2025 DE LA LOCALIDAD DE FONTIBON	FORMATOS DE PRESCRIPCION Y VULNERABILIDAD, FICHAS TECNICAS, ACTAS Y LISTADOS DE ASISTENCIA, REGISTRO FOTOGRAFICO
Recepción, depuración de información y respuesta de las solicitudes de inscripción para el o los componentes en los que se desempeñe	HACER CRUCE DE BASE DE LISTA DE ESPERA CON LAS BASES DE LOS CONVENIO DE VIGENCIAS ANTERIORES Y MANTENER ACTUALIZADA LA LISTA DE ESPERA DEL CI 462-2025,(DAPS Y CUIDADORES)	BASE DE DATOS EN DRIVE DE LISTA DE ESPERA DAPS Y CUIDADORES

Participación en reuniones con supervisores de acuerdo con necesidad.	REUNION PERIODICA CON FACILITADORA PARA SEGUIMIENTO Y ENTREGA DE METAS REUNION DE EQUIPO CONVENIOS PARTICIPACION EN COMITE DE APROBACION DE CASOS	ACTAS
Recepción y verificación técnica e idoneidad de los elementos que se deban entregar del o los componentes del Convenio en el que se desempeñe, con calidad y calidad de acuerdo con lo establecido en el anexo técnico	NO APLICA PARA ESTE MES	NO APLICA
Materialización del cronograma de actividades.	LLEVAR A CABO LAS METAS ESTABLECIDAS	CUADRO DE CONTROL DE METAS
Apoyo operativo al proceso de solicitud y compra de insumos requeridos para el desarrollo de las categorías	NO APLICA	NO APLICA
Participación en el plan de fortalecimiento de capacidades, habilidades y competencias al talento humano para equipos técnicos y operativos del equipo ejecutor.	PARTICIPACION ASEGURATE	ACTA Y LISTADO
Dinamizar las acciones de canalización de los usuarios a otros programas de Salud y o sociales, con la activación de las rutas integrales de atención en salud (RIAS) por el PSPIC.	SE ORIENTA A LOS USUARIOS SOBRE LAS REDES DE APOYO LOCAL	FORMATO DE VULNERABILIDAD
Las demás funciones específicas que se definan en el convenio o contrato de acuerdo con los procesos administrativos y técnicos requeridos.	REALIZAR ACOMPAÑAMIENTO AL PROVEEDOR PARA GARANTIA DE DAPS EN EL DOMICILIO DE LOS USUARIOS REALIZAR ACOMPAÑAMIENTO PARA LA VERIFICACION DE MEDIDAS DE SILLAS NEUROLOGICAS Y ACTIVAS CON EL PROVEEDOR DE DAPS	ACTAS Y FORMATOS DE SEGUIMIENTO ACTAS Y REGISTRO FOTOGRAFICO
Deberá de manera obligatoria participar en los procesos de formación continua relacionados con temáticas de actualización de dispositivos de asistencia personal y otros como enfoque poblacional, diferencial y de género, con el fin de brindar una atención integral, humanizada y oportuna. Proceso liderado desde la Secretaría Distrital de Salud y o en caso de requerirlos de la Mesa Técnica Distrital de Ayudas Técnicas.	NO APLICA	NO APLICA
Al finalizar el convenio o contrato entregar soportes y productos conforme a los procesos.	NO APLICA	NO APLICA
<p>MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ 52744682 Supervisor</p>		
<p>Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</p> <p>Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.. Copyright © 2021</p>		

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**  
**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD**  
**SUR OCCIDENTE E.S.E**  
**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**LINDA KATHERINE VALDERRAMA MEDINA**  
**CC. 52525059 DE BOGOTA**

La suma de: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL SETECIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS M/CTE. (\$4.283.775), por concepto de: Prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Gestión del Riesgo en Salud, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo con el requerimiento institucional en el marco de los Convenios Interadministrativos 461-2025 y 462-2025 Durante el periodo de 01 al 31 de Mayo de 2026 de conformidad a lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 3348-2026



LINDA KATHERINE VALDERRAMA MEDINA  
CC.52525059 DE BOGOTÁ  
CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA  
NUMERO 20761613463

- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 Ejecución del Contrato**
- 8 Modificaciones del Contr...
- 9 Incumplimientos

## Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje  Recepción de artículos

Plan de Pagos

Ejecución del Contrato

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?  SI  No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO 2 DE MARZO SECOP.pdf	CUENTA DE COBRO 2 DE MARZO SECOP.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO ABRIL LINDA SECOP.pdf	CUENTA DE COBRO ABRIL LINDA SECOP.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52525059	LINDA KATHERINE VALDERRAMA MEDINA	KR 69 j 63 c 80	6015710103	lindaangel79@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		82549736	12/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$2,000,000	\$630.800	

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	250.000	0		0		0	0	0	0	250.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	320.000	0	0	0	0	0	0		320.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	48.800				48.800	0	0	48.800			488	48.800	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	12.000	0	0	12.000	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	250.000	250.000
PenSIÓN	1	320.000	320.000
Riesgos Laborales	1	48.800	48.800
CCF	1	12.000	12.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>4</b>	<b>630.800</b>	<b>630.800</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52525059	LINDA KATHERINE VALDERRAMA MEDINA		KR 69 j 63 c 80	6015710103	lindaangel79@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		82549736	12/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$2,000,000	\$630.800	

**DETALLE POR COTIZANTE**

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES														
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombiano	Subleigo	Extranjero	Colom. exarator	Exonerado	ING	RET	TDE	TPE	TTP	UP	UPP	SEN	ISE	LMA	VAC	APP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 52525059	VALDERRAMA MEDINA LINDA KATHERINE	59	0			N																25-14	2.000.000	30	320.000	0	0	0	0	EPS005	2.000.000	30	250.000	14-11	2.000.000	30	3	48.800	CCF24	2.000.000	30	12.000	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52525059	LINDA KATHERINE VALDERRAMA MEDINA	KR 69 j 63 c 80	6015710103	lindaangel79@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		82549803	09/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$2,000,000	\$630.800	

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	250.000	0		0		0	0	0	0	250.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	320.000	0	0	0	0	0	0		320.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	48.800				48.800	0	0	48.800			488	48.800	1

TOTALES CAJAS								
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	12.000	0	0	12.000	1	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	250.000	250.000
PenSIÓN	1	320.000	320.000
Riesgos Laborales	1	48.800	48.800
CCF	1	12.000	12.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>4</b>	<b>630.800</b>	<b>630.800</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52525059	LINDA KATHERINE VALDERRAMA MEDINA		KR 69 j 63 c 80	6015710103	lindaangel79@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		82549803	09/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$2,000,000	\$630.800	

**DETALLE POR COTIZANTE**

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES															
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Clasificación	Subtipo	Extranjero	Colom. exarator	Exonemado	ING	RET	TDE	TPE	TTP	UP	UPP	UPV	SEN	ISE	LMA	VAC	APP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 52525059	VALDERRAMA MEDINA LINDA KATHERINE	59	0			N																	25-14	2.000.000	30	320.000	0	0	0	0	EPS005	2.000.000	30	250.000	14-11	2.000.000	30	3	48.800	CCF24	2.000.000	30	12.000	0	0	0	0	0

PAGADA