DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA: SUBDIRECCION DE GARANTIA DEL ASEGURAMIENTO – DIRECCION DE ASEGURAMIENTO Y GARANTIA DEL DERECHO A LA SALUD	**CONTRATO No. 9030342**	**PERIODO DEL CONTRATO:** Fecha de Inicio: Fecha de Inicio:26/01/2026 Fecha de Terminación: 31/12/2026
ENTIDAD CONTRATANTE: **Fondo Financiero Distrital de Salud**		**PLAZO DE EJECUCIÓN:** *Trescientos treinta y cinco días (335)* **PRÓRROGA: *N/A***
CONTRATISTA: **DEYANIRA MALAGON SANCHEZ**		Fecha de Inicio (Prórroga): ***N/A*** Fecha de Terminación (Prórroga): ***N/A*** **SUSPENSIÓN: *N/A***
SUPERVISOR (Nombre y cargo): *Juan Carlos Ordoñez Garzón* *Subdirección de Garantía del aseguramiento – Profesional Especializado Código 222 Grado 27*		Fecha de Inicio (Suspensión): ***N/A*** Nueva Fecha de Terminación (Suspensión): ***N/A*** **PERIODO DEL INFORME: 01/06/2026 – 30/06/2026**
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios técnicos en la Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud - Subdirección de Garantía del Aseguramiento, para apoyar la verificación de requisitos técnicos y financieros de la facturación de prestadores y lo relacionado con la auditoría de cuentas medicas de los servicios de salud prestados a la población no asegurada		

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 42.422.167
VALOR ADICIÓN (SI APLICA):	$ 0,00
VALOR INDEXACIÓN (SI APLICA):	$ 0,00
VALOR CEDIDO	$ 0,00
VALOR A LIBERAR	$ 0,00
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA O CESIONARIO	$15.829.167
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$ 3.799.000
SALDO POR EJECUTAR:	$22.794.000

ACTIVIDADES ESPECIFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL		
OBLIGACIONES (Las estipuladas	**AVANCE ACTIVIDADES** (Desarrolladas en el periodo objeto del informe - referente a la obligación)	**EVIDENCIAS O SOPORTE** (Con respecto a la actividad desarrollada y donde reposan)

<table>
<tr><td>en la minuta del contrato)</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>1. Efectuar el proceso de revisión técnico-administrativa y formular las glosas sobre las facturas presentadas al Fondo Financiero Distrital de Salud por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS por servicios prestados a la población a cargo de la Entidad Territorial, en la cantidad, metodología y oportunidad de acuerdo con la normatividad vigente.</td><td>Se realizó el proceso de revisión técnico-administrativa y la respectiva radicación de (1000) facturas presentadas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), correspondientes a servicios prestados a la población a cargo de la Entidad Territorial, por un valor total $1.629.115.682, en cumplimiento de la normatividad vigente y dentro de los términos establecidos.

TOTAL RADICADO JUNIO 2026
<table><tr><th>NOMBRE IPS</th><th>VALOR RADICADO</th><th>TOTAL RADICADOS</th></tr><tr><td>CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD</td><td>$ 3.548.906</td><td>1</td></tr><tr><td>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA</td><td>$ 164.118.913</td><td>8</td></tr><tr><td>SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E.</td><td>$ 619.160.274</td><td>335</td></tr><tr><td>SUBRED NORTE E.S.E.</td><td>$ 102.783.238</td><td>42</td></tr><tr><td>SUBRED SUR E.S.E.</td><td>$ 114.985.648</td><td>109</td></tr><tr><td>SUBRED INTEGRADA OCCIDENTE E.S.E.</td><td>$ 624.518.703</td><td>505</td></tr><tr><td>Total general</td><td>$ 1.629.115.682</td><td>1000</td></tr></table>
Se realizó el proceso de revisión técnico-administrativa y la respectiva Verificación de (900) facturas presentadas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), correspondientes a servicios prestados a la población a cargo de la Entidad Territorial, por un valor total ($1.599.728.680), en cumplimiento de la normatividad vigente y dentro de los términos establecidos.

TOTAL VERIFICADO JUNIO 2026
<table><tr><th>NOMBRE IPS</th><th>VALOR RADICADO</th><th>TOTAL RADICADOS</th></tr><tr><td>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA</td><td>$ 164.118.913</td><td>8</td></tr><tr><td>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.</td><td>$ 619.160.274</td><td>335</td></tr><tr><td>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.</td><td>$ 102.783.238</td><td>42</td></tr><tr><td>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.</td><td>$ 114.985.648</td><td>109</td></tr><tr><td>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.</td><td>$ 598.680.607</td><td>406</td></tr></table></td><td>Se anexa Excel nombrado Soporte_Obl01_Producto_Informe_Radicacion_2026_Junio_Contrato 9030342_Deyanira Malagon.xlsx. Se cargan las evidencias en el aplicativo SECOPII

Se anexa Excel nombrado Soporte_Obl01_Producto_Informe_Verificacion_2026_Junio_Contrato 9030342_Deyanira Malagon.xlsx. Se cargan las evidencias en el aplicativo SECOPII.</td></tr>
</table>

<table>
<tr>
<td></td>
<td>
Total general $ 1.599.728.680 900

Se realizó el proceso de revisión técnico-administrativa y la respectiva revisión de Notas Crédito de (3) presentadas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), correspondientes a servicios prestados a la población a cargo de la Entidad Territorial, por un valor tota $ 9.875.884), en cumplimiento de la normatividad vigente y dentro de los términos establecidos.

TOTAL DEVOLUCIONES JUNIO 2026
<table>
<tr><th>NOMBRE IPS</th><th>VALOR RADICADO</th><th>TOTAL RADICADOS</th></tr>
<tr><td>SUBRED INTEGRADA CENTRO ORIENTE E.S.E.</td><td>$ 9.875.884</td><td>3</td></tr>
<tr><td>DOBLE COBRO - DE5002</td><td>$ 547.058</td><td>1</td></tr>
<tr><td>OTRO RESPONSABLE DE PAGO - DE1601</td><td>$ 9.328.826</td><td>2</td></tr>
<tr><td>Total general</td><td>$ 9.875.884</td><td></td></tr>
</table>

Se realiza el respectivo análisis según normatividad vigente Resolución 2284 de 2023.
</td>
<td>Se anexa Excel nombrado Soporte_Obl01_Producto_Informe_Devoluciones_2026_Junio_Contrato_9030342_Deyanira Malagon.xlsx. Se cargan las evidencias en el aplicativo SECOPII</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Apoyar en la revisión técnico-administrativa en la sede administrativa de la IPS, cuando se requiera o lo determine el Supervisor del contrato.</td>
<td>
Se realizó el proceso de revisión técnico-administrativa y la respectiva radicación de (1000) facturas presentadas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), correspondientes a servicios prestados a la población a cargo de la Entidad Territorial, por un valor total $1.629.115.682, en cumplimiento de la normatividad vigente y dentro de los términos establecidos.

TOTAL RADICADO JUNIO 2026
<table>
<tr><th>NOMBRE IPS</th><th>VALOR RADICADO</th><th>TOTAL RADICADOS</th></tr>
</table>
</td>
<td>Se anexa Excel nombrado Soporte_Obl02_Producto_Informe_TramiteAgilsalud_2026_Junio_Contrato 9030342_Deyanira.xls.Se cargan las evidencias en el aplicativo SECOPII</td>
</tr>
</table>

CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD	$	3.548.906	1
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA	$	164.118.913	8
SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E.	$	619.160.274	335
SUBRED NORTE E.S.E.	$	102.783.238	42
SUBRED SUR E.S.E.	$	114.985.648	109
SUBRED INTEGRADA OCCIDENTE E.S.E.	$	624.518.703	505
Total general	$	1.629.115.682	1000

3 realizar la verificación de las explicaciones y/o documentos aportados por las entidades a las glosas parciales formuladas por la secretaria Distrital de Salud, participar en la conciliación de cuentas y en la elaboración de los documentos que soporten la conciliación con la entidad que prestó los servicios de salud.	Se realizó el proceso de revisión técnico-administrativa y la respectiva revisión de (3) Devoluciones presentadas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), correspondientes a servicios prestados a la población a cargo de la Entidad Territorial, por un valor tota $ 9.875.884), en cumplimiento de la normatividad vigente y dentro de los términos establecidos. TOTAL DEVOLUCIONES JUNIO 2026 NOMBRE IPS / VALOR RADICADO / TOTAL RADICADOS **SUBRED INTEGRADA CENTRO ORIENTE E.S.E.** — **$ 9.875.884** — 3 DOBLE COBRO - DE5002 — $ 547.058 — 1 OTRO RESPONSABLE DE PAGO - DE1601 — $ 9.328.826 — 2 **Total general** — **$ 9.875.884** Se realiza el respectivo análisis según normatividad vigente Resolución 2284 de 2023.	Se anexa Excel nombrado Soporte_Obl03_Producto_Informe_Devoluciones_2026_Junio_Contrato 9030342_Deyanira.xlsx. Se cargan las evidencias en el aplicativo SECOPII

<table>
<tr>
<td>4.Presentar con el informe de actividades en cuadro anexo el valor de las facturas auditadas y conciliadas, de servicios de salud prestados a la población con cargo al Fondo Financiero Distrital de Salud-FFDS, por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS.</td>
<td>
<table>
<tr><th colspan="3">GRATUIDAD SUB RED NORTE 26/06/2026</th></tr>
<tr><th>DIAS TRABAJADOS</th><th>VALOR RECONOCIDO</th><th>TOTAL FACTURAS AUDITADAS</th></tr>
<tr><td>18/06/2026</td><td>$ 592.300</td><td>20</td></tr>
<tr><td>19/06/2026</td><td>$ 1.677.394</td><td>64</td></tr>
<tr><td>22/06/2026</td><td>$ 322.800</td><td>61</td></tr>
<tr><td>23/06/2026</td><td>$ 18.293.272</td><td>64</td></tr>
<tr><td>24/06/2026</td><td>$ 4.279.764</td><td>64</td></tr>
<tr><td>25/06/2026</td><td>$ 6.576.649</td><td>62</td></tr>
<tr><td>26/06/2026</td><td>$ 2.850.964</td><td>63</td></tr>
<tr><td>Total general</td><td>$ 34.593.143</td><td>398</td></tr>
</table>

Se inicia proceso con auditoria de Gratuidad el día 18 de Junio de 2026.

Se desarrollaron actividades relacionadas con el proceso de auditoría de facturas correspondientes al programa de gratuidad. Una parte importante del tiempo estuvo orientada al fortalecimiento de conocimientos sobre la normatividad, los criterios de auditoría y el manejo de las herramientas necesarias para su correcta ejecución.

Las actividades realizadas fueron las siguientes:

• Auditoría de un total de 398 facturas correspondientes al proceso de gratuidad.
• Verificación de los diagnósticos registrados en cada factura, con el fin de validar que cumplieran con los criterios establecidos para el reconocimiento de la gratuidad.
• Consulta y validación de la información en la plataforma ADRES, verificando los datos necesarios para soportar el proceso de auditoría.
</td>
<td>Se anexa soporte nombrado

Soporte_Obl04_Producto_Informe_Informe_Auditoria_Subred_Norte_Vigencia_2025_Junio_xxx_Vigencia_2025_2026_Junio_Contrato 9030342_Deyanira.xlsx</td>
</tr>
</table>

	• Revisión de la documentación y soportes relacionados con cada factura para identificar posibles inconsistencias que pudieran afectar el reconocimiento del cobro. • Fortalecimiento del conocimiento sobre el proceso de gratuidad mediante el estudio de la normatividad aplicable, los lineamientos institucionales y los procedimientos internos, con el propósito de garantizar una auditoría adecuada y conforme a los requisitos establecidos.	

<table>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>5.Realizar el diligenciamiento del formato de reconocimiento y pago de la facturación según resultados de auditoría y conciliación, con las facturas y los soportes ordenados de acuerdo a la relación registrada en el formato.</td><td>Se realizó el proceso de revisión técnico-administrativa y la respectiva radicación de (1000) facturas presentadas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), correspondientes a servicios prestados a la población a cargo de la Entidad Territorial, por un valor total $1.629.115.682, en cumplimiento de la normatividad vigente y dentro de los términos establecidos.

TOTAL RADICADO JUNIO 2026
<table><tr><th>NOMBRE IPS</th><th>VALOR RADICADO</th><th>TOTAL RADICADOS</th></tr><tr><td>CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD</td><td>$ 3.548.906</td><td>1</td></tr><tr><td>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA</td><td>$ 164.118.913</td><td>8</td></tr><tr><td>SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E.</td><td>$ 619.160.274</td><td>335</td></tr><tr><td>SUBRED NORTE E.S.E.</td><td>$ 102.783.238</td><td>42</td></tr><tr><td>SUBRED SUR E.S.E.</td><td>$ 114.985.648</td><td>109</td></tr><tr><td>SUBRED INTEGRADA OCCIDENTE E.S.E.</td><td>$ 624.518.703</td><td>505</td></tr><tr><td>Total general</td><td>$ 1.629.115.682</td><td>1000</td></tr></table></td><td>Se anexa Excel nombrado Soporte_Obl05_Producto_Informe_TramiteAgilsalud_2026_Junio_Contrato 9030342_Deyanira.xls.Se cargan las evidencias en el aplicativo SECOPII</td></tr>
</table>

6.Asistir a las reuniones convocadas por las diferentes dependencias de la Secretaría Distrital de Salud, y las demás que el supervisor requiera para el cumplimiento del objeto del presente contrato.	1. Participe en socialización al contenido, alcance e implicaciones de la Resolución 1438 del 16 de junio de 2026, con el fin de garantizar su comprensión, apropiación por parte de los asistentes el dia 26 de junio 2026. 2. Participe en socialización de las generalidades de la auditoria de Gratuidad en las Subred Norte y Distribución de Archivos de Trabajo por Subred el 17 de junio de 2026	Se anexa soporte nombrado: Soporte_Obl6_Soporte_Obl6_Acta de Reunión Socialización_1438 de 2026_Junio_Contrato 9030342_Deyanira_ Soporte_Obl6_Generalidades de la Auditoria de Gratuidad_Sub_red_Norte_Junio_contrato_9030342 Se cargan las evidencias en el aplicativo SECOPII

ESTADO TEMAS PENDIENTES DE TRÁMITE					
En el desarrollo de las obligaciones pactadas no quedan actividades pendientes por ejecutar.					
DECLARACIÓN: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las asignaciones realizadas, efectivamente desarrolladas en el periodo indicado en el mismo, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.					
INFORMACIÒN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL					
APORTES EN SALUD		**APORTES EN PENSIÓN**		**APORTES RIESGOS LABORALES**	
Empresa:	FAMISANAR	Empresa:	COLPENSIONES	Empresa: Nivel Riesgo:	SURA 1
Suma cancelada:	$219.900	Suma cancelada:	$281.500	Suma cancelada:	$ 9.300
No Planilla:	6024198669	No Planilla:	6024198669	No Planilla:	6024198669
Mes(es) cancelado(s):	Mayo 2026	Mes(es) cancelado(s):	Mayo 2026	Mes(es) cancelado(s):	Mayo 2026
EN CASO DE INFORME FINAL DE EJECUCIÓN					

Relación de usuario y clave de acceso al equipo de cómputo:	N/A	Relación de usuarios y clave de acceso a los sistemas de información (SICAF, AGILSALUD, SICAPITAL, SIIAS, SIRC, SIDBA, SIPROJ, ETC.), si aplica a sus actividades:	N/A	Relación y entrega de archivos físicos y back up de información de archivos digitales, resultado de su gestión. (por favor indicar nombres, cantidades y ubicación):	N/A

FIRMA DEL CONTRATISTA	
CONTRATISTA	**NOMBRES Y APELLIDOS: DEYANIRA MALAGON SANCHEZ**
	FIRMA: Deyanira Malagon S. Firmado digitalmente por Deyanira Malagon S. Fecha: 2025.12.02 10:29:57 -05'00'
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 52.335.636

INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO	
Que, de conformidad con el informe de actividades presentado para el periodo indicado en el mismo, el supervisor da cuenta del cumplimiento de las actividades específicas, obligaciones del contratista desarrolladas de acuerdo con el objeto contractual, las cuales fueron descritas en el informe, y según el periodo de ejecución reportado. Acreditando un cumplimiento hasta la fecha de reporte del 46,26 % de ejecución del contrato. .	**OTRAS OBSERVACIONES:** N/A

INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS DEL CONTRATO

En la siguiente tabla se registra e informa el estado de los riesgos de la etapa contractual (ejecución), reportados en la matriz de riesgos de los estudios previos al corte de este informe:

Nº	***Descripción del Riesgo***	***¿Se materializo el riesgo? (Marque con una X)***	***Observaciones***

		SI	***NO***	***(Describa la(s) causa(s) por las cuales se materializo el riesgo)***
8	Cambio de régimen NO responsables de IVA a Común o viceversa a cargo del contratista		*X*	----
9	Inadecuado manejo de la información a la cual tiene acceso el contratista		*X*	----
10	Demoras por parte de la entidad contratante (Supervisor) en la aprobación de los productos y/o informes presentados por el contratista		*X*	----

SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO: JUAN CARLOS ORDOÑEZ GARZON** **FIRMA:** El presente informe es suscrito por la supervisión de manera electrónica a través de la plataforma SECOP II módulo plan de pagos, de conformidad con las condiciones establecidas por la Agencia Nacional de Contratación Pública-Colombia Compra Eficiente en su calidad de administradora del Sistema Electrónico para la Contratación Pública SECOP**.**

REVISÓ	**NOMBRE Y APELLIDO: N/A** **FIRMA:**

NOTAS:

** El presente informe da cumplimiento a lo citado en la ISO 9001:2015, en relación con el numeral 8.4.1.*
** Anexo: Comprobantes de pago de aportes al sistema de seguridad social en salud y pensión, Certificado ARL y Orden de Pago.*
** Para el cálculo del % de ejecución del contrato se deben tener en cuenta las adiciones si aplica.*

FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

Vig Ppto: 2026

ORDEN DE PAGO

No: 611409

Usuario Dilig: ACBOTELLO
Fecha de Impresión: 01/07/2026
Estado: GIRADA

Entidad:	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD				
Código:	201	Unidad Eje:	01	Fecha Diligenciamiento:	05-JUN-26

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre:	DEYANIRA MALAGON SANCHEZ	Regimen:	No Responsable		
Dirección:	CL 1B 51A 52 BRR LA PONDEROSA	Teléfono y Fax:			
C.C o NIT:	52335636	Banco/Sucursal:	DAVIVIENDA	Cuenta No/Clase:	002100126370/A

2. DATOS DEL COMPROMISO

Compromiso a Pagar:	CONTRATACION DIRECTA	No:	9030342	Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:	TOTAL
Acta de Recibo No:		Nombre del Interventor:			

Detalle

PLANILLA OGI_VIGENCIA-MAYO 2026 CTO-NO9030342-PERIODO DE:01-may 30-may-2026

Tipo de Orden de Pago: VIGENCIA

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

Fuente de financiación:

ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor	
O2-3-01-17-019-06-20240203-228036051	01	12013	$3.799.000,00	
Tipo	Com	Objeto	Ingreso	Banco
O23	20202009	91122	O1-5-01-01-001	

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

CDP	Código Rubro	Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gasto)
1997	O2-3-01-17-019-06-20240203-228036051	2806	Contratacion de Recurso Humano	$3.799.000,00

VR BRUTO	TRES MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL PESOS	$3.799.000,00

4. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

Descripción	% Descuento	Base de Retención	Código Contable	VALORES
Valor Bruto			5-1-11-79-0001	$3.799.000,00
ESTAMPILLA - EST_PROCULTURA 0,5%	.5	$3.799.000,00	2-4-36-90-0003	$18.995,00
RETEICA- SERVICIOS 0,966%	.966	$3.290.700,00	2-4-36-27-0001	$31.788,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	$3.799.000,00	2-4-36-90-0007	$75.980,00

Valor amortización:

Id fuente	Detalle
01	Recursos Del Distrito
12013	APORTE ORDINARIO

TOTAL DESCUENTOS		$126.763,00
VALOR NETO A GIRAR	TRES MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS	$3.672.237,00
		Código contable
		2-4-01-02-0003

MOVIMIENTO TESORERÍA

Endosado a:

Observaciones

Acreedor (Exclusivamente para transferencia de la administración)

Nombre _____

Cédula _____ Firma _____

ANGELICA CELINA BOTELLO QUINTANA
GESTION DE PAGOS

SANDRA MILENA MONROY RAMIREZ
Responsable del Presupuesto

Consulta Pagos

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52335636
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DEYANIRA MALAGON SANCHEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL 1 B 51 A 52	TELÉFONO:	3172610
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:			**6024198669**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	mayo	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	mayo	AÑO 2026
DÍAS DE MORA:			6				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/06/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			388162973

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	$ 1.300	$ 0	$ 280.200	$ 1.300	$ 281.500
SUBTOTALES:										**$ 280.200**	**$ 1.300**	**$ 281.500**

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
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 1.000	$ 0	$ 218.900	$ 1.000	$ 0	$ 219.900
SUBTOTALES:													**$ 218.900**	**$ 1.000**	**$ 0**	**$ 219.900**

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
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 9.200	$ 9.200	$ 100	$ 0	$ 9.300
SUBTOTALES:									**$ 9.200**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 9.300**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 35.100	$ 200	$ 35.300
SUBTOTALES:			**$ 35.100**	**$ 200**	**$ 35.300**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																									PENSIÓN								SALUD						ARP														
																												FSP		APORTES VOLUNTARIOS																								
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	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
1	CC 52335636	MALAGON SANCHEZ DEYANIRA	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	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.750.905	52335636	$ 9.200	30	$ 1.750.905	CCF24-COMPENSAR	$ 35.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 546.000

Medellín, 30 de junio de 2026

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que DEYANIRA MALAGON SANCHEZ identificado(a) con C52335636 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C523356362618136895

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.11