

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	DINORA DIAZ MIRANDA			CC:	36642256
CORREO ELECTRÓNICO:	diegoydino@gmail.com			TELÉFONO:	3209245307
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 74 F 11 61			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	63460327484
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 3713 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.980.800	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/04/09	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30				
 DINORA DIAZ MIRANDA PS_3713_2026_BAF3F3 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: DINORA DIAZ MIRANDA CC: 36642256 CEL: 3209245307					

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

DINORA DIAZ MIRANDA

CON C.C N°

36.642.256

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR TECNICO MAS BIENESTAR 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 EN TU HOGAR
----------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3713 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/04/09
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 11.227.680	No. HORAS EJECUTADAS	184
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 11.227.680	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.980.800
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y VEINTRES (23) DIAS		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO
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	OBLIGACIÓN: DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES QUE SE GENEREN DIRECTA E INDIRECTAMENTE DEL OBJETO CONTRACTUAL EN LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS ASIGNADAS DE ACUERDO CON LA PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES . 1.1.ACTIVIDAD: PARTICIPE EN LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR LA LIDER OPERATIVA APS 1.2 . EVIDENCIA: ACTAS DE PARTICIPACIÓN EN CADA UNO DE LOS FORTALECIMIENTOS E INDUCCIONES GENERALES.
2	OBLIGACIÓN: REALIZAR APROPIACIÓN CONCEPTUAL DESDE SU PERFIL CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED Y/O ACTUALIZACIONES QUE CORRESPONDAN. 2.1: ACTIVIDAD: REALICE LA APROPIACIÓN CONCEPTUAL DEL DOCUMENTO OPERATIVO, FICHA TECNICA APS SOCIAL Y FICHA TECNICA DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS. 2.2: EVIDENCIA: ENTREGUE EL ACTA A LA LIDER OPERATIVA CON FECHA DEL 10 DE ABRIL
3	OBLIGACIÓN: ENTREGAR AL SUPERVISOR, UNA VEZ FINALICE EL CONTRATO LOS ARCHIVOS FÍSICOS, MAGNÉTICOS, INSUMOS BIOMÉDICOS Y DOTACIÓN QUE SE HUBIEREN GENERADO Y/O ENTREGADO DURANTE SU EJECUCIÓN. 3.1.ACTIVIDAD: SE RECIBIO EL CARNET INSTITUCIONAL Y CHAQUETA 3.2 . EVIDENCIA:: SE FIRMO ACTA DE RECEPCIÓN DE CHAQUETA.
4	OBLIGACIÓN: REALIZARE 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 OBLIGACIÓN O LA FALSEDAD EN LA MISMA SERÁ CAUSAL DE INCUMPLIMIENTO Y TERMINACIÓN DEL CONTRATO, PARA LO CUAL SE DARÁ TRAMITE AL PROCESO PERTINENTE DE CONFORMIDAD CON EL MANUAL DE CONTRATACIÓN Y ACCIONES LEGALES A QUE HAYA LUGAR. 4.1. ACTIVIDAD: REALICE EL PAGO DE MI SEGURIDAD SOCIAL DEL MES DE JUNIO. 4.2. EVIDENCIA: CARGUE EL BAUCHER DE MI PLANILLA PAGA DEL MES DE JUNIO
5	OBLIGACIÓN: DESARROLLÉ EL PLAN DE BIENESTAR, ACORDE A CRITERIO DE PRIORIZACIÓN Y A LAS CLARIDADES TÉCNICAS, OPERATIVAS Y METODOLÓGICAS RELACIONADAS EN LAS FICHAS TÉCNICAS. 5.1. ACTIVIDAD: REALICE MIS ACTIVIDADES DESCRITAS EN EL LINEAMIENTO TECNICO OPERATIVO CON CRITERIOS DE CALIDAD 5.2. EVIDENCIA: CARGUE MIS ENTREGABLES EN LA CARPETA DE VACUNACIÓN Y DRIVE COMPARTIDAS POR LA LIDER OPERATIVA APS.
6	OBLIGACIÓN: REALIZAR LA PLANILLA DE LAS FAMILIAS CON LAS QUE SE INICIAN LOS PLANES DE BIENESTAR FAMILIAR O EL FORMATO DE DISENTIMIENTO DE LAS FAMILIAS QUE RECHAZAN LA INTERVENCIÓN Y VERIFICAR EL ARCHIVO PLANO DE RUTEO, DONDE SE EVIDENCIE LA GESTIÓN FINAL DEL CASO. 6.1. ACTIVIDAD: REALICE SEGUIMIENTO TELEFÓNICOS A LA BASE DE SARAMPION Y CAPITAL SALUD VERIFICACIÓN DE CARNET SI YA TENÍAN ESQUEMA COMPLETO O SE PROSEDIA A LLAMAR PARA SUMINISTRAR INFORMACIÓN DE PUNTO DE VACUNACIÓN O PRAGRAMAR PARA IR A VACUNAR A SU DOMICILIO 6.2 . EVIDENCIA:SE CARGO LA BASE ACTUALIZADA EN EL DRIVE COMPARTIDO CON LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ
	OBLIGACIÓN: REALIZAR LOS TAMIZAJES REQUERIDOS POR EL PERFIL DE ACUERDO CON LAS FICHAS TÉCNICAS (APGAR, EPOC, OMS, FINDRISC, REJILLAS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO RESOLUCIÓN 2465 Y 3280, COPE 28, SRQ, RQC, WHODAS, ZARIT, BARTHEL Y ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL) SEGÚN APLIQUE. 7.1 . ACTIVIDAD: PARA MI PERFIL NO SE APLICAN TAMIZAJES, SE APLICÓ EN LA VALIDACIÓN DE BASES EL ESQUEMA PAI REGULAR E INCOMPLETO 7.2 . EVIDENCIA:SE

7	CUENTA CON EL ESCANER DE LOS SISS Y LA MATRIZ PAI.
8	OBLIGACIÓN: REALIZAR LAS CANALIZACIONES Y SEGUIMIENTO DE ACUERDO CON LA NECESIDAD Y EL RIESGO IDENTIFICADO EN LAS FAMILIAS. 8.1 ACTIVIDAD: PARA MI PERFIL, SE APLICÓ EN LA VALIDACIÓN DE BASES DE SARAMPIÓN Y CAPITAL SALUD EL ESQUEMA PAI REGULAR E INCOMPLETO Y DIRECCIONAR A PUNTOS DE VACUNACIÓN SEGUN CORRESPONDA 8.2 .EVIDENCIA: SE APLICA CON LOS USUARIOS EN LAS BASE DE SARAMPIÓN Y CAPITAL SALUD EN EL ESQUEMA DE VACUNACIÓN REGULAR E INCOMPLETO.
9	OBLIGACIÓN: REALIZAR AGENDAMIENTO EN TIEMPO REAL A LA UNIDAD RESOLUTIVA MÁS CERCANA DEL USUARIO ACORDE A LO ESTABLECIDO EN LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS. 9.1 ACTIVIDAD: SE APLICO EN LAS BASES DE SARAMPIÓN Y CAPITAL SALUD DIRECCIONANDO A LOS USUARIOS A LOS PUNTOS DE VACUNACIÓN MAS CERCANO . 9.2. EVIDENCIA: EN MI PERFIL SE DILIGENCIÓ EN EL DRIVE COMPARTIDO POR MI LIDER OPERATIVA DE SERVICIOS COMPLEMENTARIO PAI A LOS USUARIOS SU ESTADO SEGUN ESQUEMA REGULAR O INCOMPLETO
10	OBLIGACIÓN: REALIZAR NOTIFICACIÓN DE EVENTOS DE INTERÉS DE SALUD PÚBLICA DE ACUERDO CON LA NECESIDAD. 10.1: ACTIVIDAD: SE APLICÓ CON LOS USUARIOS DE LAS BASE DE SARAMPIÓN Y CAPITAL SALUD INFORMANDO O EDUCANDO SOBRE INTERESES DE JORNADAS Y PUNTOS DE VACUNACIÓN 10.2 : EVIDENCIA: SE APLICO DILIGENCIANDO Y ACTUALIZANDO LOS ESTADOS EN EL DRIVE QUE MI LIDER OPERATIVA COMPARTIO
11	OBLIGACIÓN: REALIZAR EL CARGUE AL APLICATIVO GTAPS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD LA INFORMACIÓN DE LAS FAMILIAS VISITADAS EN EL CONVENIO EQUIPOS MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR ACORDE A LO ESTABLECIDO EN LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS. 11.1 ACTIVIDAD: MI PERFIL COMO VACUNADORA CARGUE ESTE MES LAS ACCIONES RFEALIZADAS EN CAMPO EN EL DRIVE COMPARTIDO POR MI LIDER OPERATIVO. 11.2: EVIDENCIA: PARA MI PERFIL REALICÉ MIS CARGUE EN LOS DRIVE COMPARTIDO POR MI LIDER OPERATIVO PAI
12	OBLIGACIÓN: APOYAR LAS ACTIVIDADES INHERENTES AL OBJETO DEL CONTRATO PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD Y AQUELLAS DEFINIDAS DENTRO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE LOS DIFERENTES ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. 12.1. ACTIVIDAD: CUMPLI CON CALIDAD EN TODAS MIS ACTIVIDADES CONTRACTUALES 12.2. EVIDENCIA: ENTREGUE SOPORTES CON CALIDAD A LA LIDER OPERATIVA
13	OBLIGACIÓN: CUMPLIR CON ACTIVIDADES Y/O PRODUCTOS PROGRAMADOS Y ASIGNADOS CON LA CALIDAD DE DATOS (INTEGRIDAD, OPORTUNIDAD, CONSISTENCIAS, EXACTITUD) DESDE SU PERFIL PROFESIONAL Y CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS QUE HAGAN PARTE DE LA RELACIÓN CONTRACTUAL ENTRE EL FDS Y LA SUBRED, DE ACUERDO A LAS HORAS CONTRATADAS. 13.1. ACTIVIDAD: REALICE LA INFORMACIÓN DESCRITA POR LOS JEFES OPERATIVO DE PAI , SE ESCANEARON SISS, Y CARNETS DE VACUNACIÓN SE SUBIERON A LA CARPETA CON CALIDAD 13.2 EVIDENCIA: CARPETAS Y DRIVE CON SOPORTE.
14	OBLIGACIÓN: REALIZAR REVISIÓN Y RESPONDER POR LOS FORMATOS DE CAPTURA, DOCUMENTOS, BASES O INFORMES GENERADOS COMO RESULTADO DE LAS ACCIONES O INTERVENCIONES REALIZADAS EN CUMPLIMIENTO A LOS ANEXOS A LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR. 14.1. ACTIVIDAD: REALICE LA INFORMACIÓN DESCRITA POR JEFES OPERATIVO POR LOS DE PAI REALICE LOS SOPORTES Y CARGUE AL DRIVE DE ESCANER SISS, Y CARNETS DE VACUNACIÓN 14.2. EVIDENCIA: BASE DRIVE SARAMPION Y BASE MATRIZ PAI.
15	OBLIGACIÓN: REALIZAR CARGUE Y ENTREGA DE CUENTA DE COBRO EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS, POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE, CON LA CALIDAD REQUERIDA. 15.1 ACTIVIDAD: REALICE MI CUENTA DE COBRO DEL MES DE JUNIO ACORDE A MI FECHA DE INGRESO Y ACTIVIDADES REALIZADAS 15.2. EVIDENCIA: CARGUE DE CUENTA DE COBRO DEL MES DE JUNIO EN EL APLICATIVO.
16	OBLIGACIÓN: DAR CUMPLIMIENTO DE LA POLÍTICA DE PROTECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DE LA POLÍTICA GENERAL DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN DEL FFDSSDS Y SUS SÍMILES EN LA SISS. 16.1. ACTIVIDAD: CUMPLI CON LAS POLÍTICA DE PROTECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DE LA POLÍTICA GENERAL DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN DEL FFDSSDS Y SUS SÍMILES EN LA SISS 16.2 . EVIDENCIA: CUMPLIMIENTO DE LA POLITICA EN SUPERVSIÓN DE MI LIDER OPERATIVA.
17	OBLIGACIÓN: REALIZAR NOTIFICACIÓN DEL TRABAJO INFANTIL, DEL TRABAJO FORZOSO, DE LAS CONDUCTAS DISCRIMINATORIAS, DEL HOSTIGAMIENTO SEXUAL, DE LA VIOLENCIA Y DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LAS MUJERES. 17.1. ACTIVIDAD: APLIQUÉ LAS MEDIDAS PARA DENUNCIAR EL HOSTIGAMIENTO SEXUAL Y DISCRIMINACIÓN. 17.2: EVIDENCIA: NO EVIDENCIE NINGUNA VIOLENCIA O DISCRIMINACIÓN HASTA EL MOMENTO, DURANTE LAS VISITA REALIZADAS EN CAMPO.
18	OBLIGACIÓN: APROPIAR LAS MEDIDAS PARA PREVENIR, CORREGIR Y DENUNCIAR EL HOSTIGAMIENTO SEXUAL, LA VIOLENCIA Y LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LAS MUJERES, EN SUS ACTIVIDADES EMPRESARIALES Y CADENA DE SUMINISTRO EN EL MARCO DE LA EJECUCIÓN DEL PRESENTE CONVENIO. 18.1 ACTIVIDAD:APLIQUÉ LAS MEDIDAS PARA DENUNCIAR EL HOSTIGAMIENTO SEXUAL Y DISCRIMINACIÓN. 18.2. EVIDENCIA: NO EVIDENCIE NINGUNA VIOLENCIA O DISCRIMINACIÓN HASTA EL MOMENTO. SI ALGU MOMENTO LLEGO A EVIDENCIAR ALGUNOS DE LOS ITEM MENCIONADO LO NOTIFICARÉ DE INMEDIATO.
19	OBLIGACIÓN: CUMPLIR, SEGÚN SU PERFIL Y RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, CON TODAS LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL ANEXO TÉCNICO DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR VIGENTE, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED, ASÍ COMO CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y OPERATIVOS QUE DE ESTE SE DERIVEN. 19.1. ACTIVIDADES: REALICE TODAS MIS ACTIVIDADES CON RESPONSANBILIDAD Y VERACIDAD. 19.2.EVIDENCIA: REALICE ENTREGA DE TODAS MIS ACTIVIDADES CON CALIDAD,VERACIDAD Y OPORTUNUIDAD.

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, <u>CERTIFICO</u> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2026-06-01) AL (2026-06-30)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	Nº 9506294919	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2026/06/16	\$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/06/16	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/06/16	\$ 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	 DINORA DIAZ MIRANDA PS_3713_2026_BAF3F3 DINORA DIAZ MIRANDA CC: 36642256		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ PS_3713_2026_BAF3F3 LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ SUPERVISOR ALTERNO		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA PS_3713_2026_BAF3F3 LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA SUPERVISOR DEL CONTRATO		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 36642256		DIAZ MIRANDA DINORA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 127 f bis 91b 18	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-06	2026-06	484194022	9506954736	I	2026/07/14	2026/07/16	BANCOLOMBIA	\$542,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres		Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$ 1,750,905	\$280,200			\$ 1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$ 1,750,905	\$42,700		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$ 1,750,905	\$280,200			\$ 1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$ 1,750,905	\$42,700		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						\$ 1,750,905	\$280,200			\$ 1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$ 1,750,905	\$42,700		\$0	\$0
1	CC	36642256	DÍAZ DINORA	25-14	30	\$ 1,750,905	\$280,200	EPS010	30	\$ 1,750,905	\$218,900		0	\$0	\$0	14-23	30	\$ 1,750,905	\$42,700	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)						\$ 1,750,905	\$280,200			\$ 1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$ 1,750,905	\$42,700		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 36642256		DÍAZ MIRANDA DINORA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 127 f bis 91b 18	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-06	2026-06	484194022	9506954736	I	2026/07/14	2026/07/16	BANCOLOMBIA	\$542,800

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$500	\$0	\$280,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$280,200	\$500	\$0	\$280,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$100	\$0	\$42,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$42,700	\$100	\$0	\$42,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$400	\$0	\$219,300
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$218,900	\$400	\$0	\$219,300
TOTAL				1	\$541,800	\$1,000	\$0	\$542,800