Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-074
VERSIÓN: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**ANGELA PATRICIA AVILA GONZALEZ**			**CC:**	**53100853**
CORREO ELECTRÓNICO:	**angie2402@hotmail.com**			**TELÉFONO:**	**3192401239**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 78M 55 30 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO CAJA SOCIAL**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24077479138**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	**PS 3699 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.066.600**
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**				

Angela Avila G

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ANGELA PATRICIA AVILA GONZALEZ
CC: 53100853
CEL: 3192401239

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y ANGELA PATRICIA AVILA GONZALEZ CON C.C Nº 53.100.853

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE GESTI?N 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 3699 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/04/09**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 15.801.920	**No. HORAS EJECUTADAS**	**134,5**		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 15.801.920	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.066.600		
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	1. 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 Evidencias: Di cumplimiento a las actividades programadas en las unidades de prestación de servicios asignadas, desarrolló las acciones propias del objeto contractual y registrando oportunamente las intervenciones realizadas. 1.2 Productos: Elaborará los registros de atención, informes de gestión, formatos de seguimiento y demás soportes derivados de las actividades ejecutadas.
2	2. 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 Evidencias: Reforcé los conocimientos relacionados con los anexos técnicos y lineamientos operativos del convenio, aplicando las orientaciones impartidas durante el desarrollo de las actividades asignadas. 2.2 Productos: Consolidé los soportes de participación en espacios de actualización, evidenciando la aplicación de los lineamientos técnicos en las intervenciones efectuadas.
3	3. ENTREGAR AL SUPERVISOR, UNA VEZ FINALICÉ EL CONTRATO LOS ARCHIVOS FÍSICOS, MAGNÉTICOS, INSUMOS BIOMÉDICOS Y DOTACIÓN QUE SE HUBIEREN GENERADO Y/O ENTREGADO DURANTE SU EJECUCIÓN 3.1 Evidencias: No desarrollé evidencias asociadas a esta obligación, ya que el contrato continuó en ejecución y no correspondía realizar la entrega final de archivos físicos y magnéticos, insumos biomédicos o dotación. 3.2 Productos: No desarrollé productos asociados a esta obligación, debido a que el contrato continuó en ejecución y, por tanto, no fue procedente efectuar la entrega final de archivos físicos y magnéticos, insumos biomédicos ni dotación.
4	4. 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 OBLIGACIÓN O LA FALSEDAD EN LA MISMA SERÁ CAUSAL DE INCUMPLIMIENTO Y TERMINACIÓN DEL CONTRATO, PARA LO CUAL SE DARÁ TRÁMITE AL PROCESO PERTINENTE DE CONFORMIDAD CON EL MANUAL DE CONTRATACIÓN Y ACCIONES LEGALES A QUE HAYA LUGAR. 4.1 Evidencias: Mantuve al día el pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social y parafiscales, conforme a los términos establecidos por la normatividad vigente. 4.2 Productos: Presenté las planillas PILA canceladas y los comprobantes de pago como evidencia del cumplimiento de esta obligación.
5	5. DESARROLLAR EL PLAN DE BIENESTAR, ACORDE A CRITERIO DE PRIORIZACIÓN YA LAS CLARIDADES TÉCNICAS, OPERATIVAS Y METODOLÓGICAS RELACIONADAS EN LAS FICHAS TÉCNICAS. 5.1 Evidencias: Ejecuté las actividades contempladas en el Plan de Bienestar Familiar, realizando la valoración de las familias priorizadas e implementando las acciones de intervención definidas en las fichas técnicas. 5.2 Productos: Elaborará los registros de las intervenciones efectuadas, diligenciará los instrumentos de caracterización y documentará los planos de acción formulados con las familias.
6	6. 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 EVIDENCIA LA GESTIÓN FINAL DEL CASO. 6.1 Evidencias: Registré la información de las familias que iniciaron el proceso de intervención y diligencié los formatos de disentimiento cuando correspondió, verificando además el estado final de cada caso en el archivo de ruteo. 6.2 Productos: Actualicé la base de datos de las familias intervenidas, elaboré los formatos requeridos para los casos de desistimiento y consolidé los soportes del cierre de cada proceso.
	7. 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 APLICADO. 7.1 Evidencias: Apliqué los instrumentos de tamizaje establecidos

7	para mi perfil profesional, conforme a las necesidades identificadas y los lineamientos técnicos definidos por el convenio. 7.2 Productos: Registré los resultados obtenidos en los instrumentos aplicados, consolidé la información recolectada y dejé los soportes correspondientes para el seguimiento de los casos.
8	8. REALIZAR LAS CANALIZACIONES Y SEGUIMIENTO DE ACUERDO CON LA NECESIDAD Y EL RIESGO IDENTIFICADO EN LAS FAMILIAS. 8.1 Evidencias: Gestioné las remisiones requeridas hacia las rutas de atención y servicios competentes, efectuando el seguimiento correspondiente para verificar la continuidad del proceso de atención. 8.2 Productos: Elaborará los formatos de remisión, registrará las acciones de seguimiento desarrolladas y consolidará los soportes de la articulación con las entidades involucradas.
9	9. REALIZAR AGENDAMIENTO EN TIEMPO REAL A LA UNIDAD RESOLUTIVA MÁS CERCANA DEL USUARIO ACORDE A LO ESTABLECIDO EN LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS. 9.1 Evidencias: Coordiné la asignación de citas en la unidad resolutiva correspondiente, garantizando la oportunidad del agendamiento de acuerdo con los lineamientos técnicos vigentes. 9.2 Productos: Generé los registros de las citas programadas, actualicé la información en el sistema institucional y conservé los soportes del agendamiento realizado.
10	10. REALIZAR NOTIFICACIÓN DE EVENTOS DE INTERÉS DE SALUD PÚBLICA DE ACUERDO CON LA NECESIDAD. 10.1 Evidencias: Reporté los eventos de interés en salud pública identificados durante el desarrollo de las intervenciones, atendiendo los procedimientos institucionales establecidos. 10.2 Productos: Diligencié los formatos de notificación, elaborará los registros de reporte y entregué los soportes requeridos para el seguimiento de los eventos identificados.
11	11. REALIZAR EL CARGUE AL APLICATIVO GTAPS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD LA INFQRMACIÓN DE LAS FAMILIAS VISITADAS EN EL CONVENIO EQUIPOS MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR ACORDE A LO ESTABLECIDO EN LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS. 11.1 Evidencias: Incorporaré de manera completa y oportuna la información de las familias atendidas en el aplicativo GTAPS, verificando el cumplimiento de los criterios de calidad definidos por el convenio. 11.2 Productos: Actualicé los registros en la plataforma GTAPS, validé la información ingresada y consolidé los soportes correspondientes al cargué efectuado.
12	12. 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 Evidencias: Participé en las actividades orientadas al fortalecimiento de los procesos de calidad institucional, contribuyendo al desarrollo de las acciones contempladas en los planos de mejoramiento. 12.2 Productos: Elaborará los registros de las actividades ejecutadas, aportará evidencias para los procesos de mejoramiento y documentará las acciones implementadas de acuerdo con los estándares institucionales.
13	13. 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 Evidencias: Desarrollé las actividades y productos asignados asegurando la integridad, exactitud, oportunidad y consistencia de la información registrada durante la ejecución contractual. 13.2 Productos: Consolidé registros confiables, elaboraré informes con información validada y mantuve actualizadas las bases de datos institucionales.
14	14. 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 Evidencias: Verifiqué el contenido de los formatos, documentos, bases de datos e informes derivados de las intervenciones realizadas, garantizando su coherencia y cumplimiento con los lineamientos técnicos. 14.2 Productos: Entregué formatos revisados, bases de datos actualizadas e informes ajustados conforme a los criterios de calidad establecidos
15	15. 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 Evidencias: Gestioné el cargué y la radicación de las cuentas de cobro dentro de los plazos definidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, verificando el cumplimiento de los requisitos establecidos para su presentación. 15.2 Productos: Radiqué las cuentas de cobro con sus respectivos soportes, conserve las constancias de recibido y verifique la correcta presentación de la documentación exigida.
16	16. 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 Evidencias: Apliqué los lineamientos institucionales relacionados con la protección de datos personales y la seguridad de la información, garantizando el adecuado tratamiento de la información durante el desarrollo de las actividades contractuales. 16.2 Productos: Implementé las medidas de protección de la información, mantuve la reserva de los datos administrados y generaré los registros conforme a los protocolos institucionales de confidencialidad.
17	17. 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 Evidencias: No desarrollé evidencias asociadas a esta obligación, ya que no se identifican situaciones relacionadas con trabajo infantil, trabajo forzoso, conductas discriminatorias, hostigamiento sexual, violencia o discriminación contra las mujeres que requieren notificación. 17.2 Productos: No desarrollaré productos asociados a esta obligación, debido a que no se presentaron casos de trabajo infantil, trabajo forzoso, conductas discriminatorias, hostigamiento sexual, violencia o discriminación contra las mujeres que requirieron la elaboración de informes o el diligenciamiento de formatos institucionales.
18	18. 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 Evidencias: No ejecuté evidencias asociadas a esta obligación, ya que no se presentaron situaciones que requieran la implementación de medidas para prevenir, corregir o denunciar el hostigamiento sexual, la violencia o la discriminación contra las mujeres. 18.2 Productos: No desarrollaré productos asociados a esta obligación, debido a que no se presentaron situaciones que requieran la implementación de medidas para prevenir, corregir o denunciar el hostigamiento sexual, la violencia o la discriminación contra las mujeres.
	19. 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 Evidencias: Desempeñé las funciones y

19	responsabilidades asignadas de conformidad con el anexo técnico del Convenio Más Bienestar y los lineamientos técnicos y operativos vigentes, garantizando el cumplimiento de las actividades encomendadas. 19.2 Productos: Consolidé los productos derivados de la ejecución contractual, prepararé los soportes correspondientes y presenté el informe de cumplimiento con la documentación requerida por la supervisión.

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 (2026-06-01) AL (2026-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1082384528	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2026/06/24	$ 218.900
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/06/24	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/06/24	$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 541.800

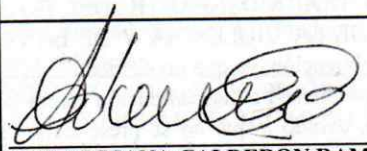
V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

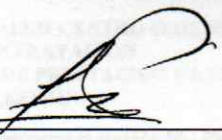
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 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	Angela Avila G **ANGELA PATRICIA AVILA GONZALEZ** **CC: 53100853**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 **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** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

JUL 10 2026 17:50:41 RBMICT10.6

CORRESPONSAL
PUNTOSERVIS VILLA LOS
CR 78I 57I-25 SUR LC 2

BANCO DE BOGOTA

C.UNICO: 0017387838 TER: SXLZZ990
V.ELECTRON Cc
**7336 RECIBO: 014438 RRN: 027703
RECAUDO APRO: 114815

SERVICIO: 0000006347
FACTURA: 0000000008824157079

** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA

RECAUDO $ 541.800

*** CLIENTE ***
MAYOR INFORMACION EN LA LINEA
NACIONAL: 01 8000518877

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-07-14, 11:06:02 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1083526983

Periodo Cotización: junio de 2026 **Periodo Servicio:** junio de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8824157079

PAGADO 14/07/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANGELA PATRICIA AVILA GONZALEZ		
Documento	CC53100853	**Dirección**	CR 78M #55 - 30 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3192401239
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 53100853	ANGELA PATRICIA AVILA GONZALEZ	59	00																	0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS010) EPS SURA	$ 1.750.905	$ 218.900	2,436	$ 1.750.905	$ 42.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 0	$ 280.200	$ 218.900	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800	$ 0	$ 541.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.