

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	CAROL LORENA CHACON NIEVES			CC:	1018465744
CORREO ELECTRÓNICO:	LORENA940324@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3203941230
DIRECCIÓN DOMICILIO:	DG 51C SUR 55 18			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488428413394
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 4094 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 6.000.056	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/05/25	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/02 AL 2026/06/30				
<div><div>CAROL LORENA CHACON NIEVES PS_4094_2026_72C11C</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CAROL LORENA CHACON NIEVES CC: 1018465744 CEL: 3203941230</div>					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
 CAROL LORENA CHACON NIEVES

CON C.C N° 1.018.465.744

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO ENFERMERO A PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEGUN RESOLUCION 711 24 04 2025.
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4094 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/05/25
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 7.400.069	No. HORAS EJECUTADAS	184
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 12.000.112	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 6.000.056
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ

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.REALIZE LA APROPIACIÓN CONCEPTUAL, TÉCNICA Y OPERATIVA DE LA RESOLUCIÓN 711 DEL 24 DE ABRIL DE 2025, LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018 (RPMS), EL LINEAMIENTO TÉCNICO-OPERATIVO DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD: CONFORMACIÓN, OPERACIÓN Y SEGUIMIENTO, ASÍ COMO DE TODAS AQUELLAS NORMAS QUE LAS MODIFIQUEN, ADICIONEN O COMPLEMENTEN, EN EL MARCO DEL MODELO PREVENTIVO Y PREDICTIVO Y EL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS).
2	2.PARTICIPE DE MANERA INDELEGABLE EN LAS CAPACITACIONES RELACIONADAS CON LOS APLICATIVOS REQUERIDOS PARA EL REGISTRO DE LAS INTERVENCIONES, TALES COMO GTAPS, DINÁMICA GERENCIAL, PAI WEB 2.0 Y LOS DEMÁS SISTEMAS DEFINIDOS POR LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD, EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y LA SUBRED
3	3.REALIZE LA CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LOS USUARIOS Y FAMILIAS ASIGNADAS, GARANTIZANDO EL CUMPLIMIENTO DE LA META ESTABLECIDA POR FAMILIAS DURANTE EL PERÍODO CONTRACTUAL, CONFORME AL MODELO PREVENTIVO Y PREDICTIVO Y EL ENFOQUE DE APS
4	4.EJECUTE LOSTAMIZAJES DEFINIDOS EN EL LINEAMIENTO TÉCNICO DURANTE EL PROCESO DE CARACTERIZACIÓN, INCLUYENDO APGAR FAMILIAR, TOMA DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS CONFORME A LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018 Y LINEAMIENTOS DE LA OMS, APLICACIÓN DE FINDRISC, CUESTIONARIO DE EPOC Y DILIGENCIAMIENTO DE PLANILLAS DE FIRMAS
5	5. SE REALIZO LA VALORACIÓN INTEGRAL DE LOS USUARIOS AL MOMENTO DE LA INTERVENCIÓN, IDENTIFICAR RIESGOS INDIVIDUALES Y FAMILIARES Y EFECTUAR LA DERIVACIÓN O DIRECCIONAMIENTO OPORTUNO SEGÚN EL ANÁLISIS DE RIESGO, CURSO DE VIDA Y CONDICIÓN DE SALUD EN COHERENCIA CON EL MODELO PREVENTIVO Y PREDICTIVO, CUANDO SE IDENTIFIQUE POBLACIÓN PRIORIZADA (GESTANTES, MENORES DE CINCO AÑOS, PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS, ADULTOS MAYORES, PERSONAS CON DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA Y CUIDADORES), DEBERÁ PROGRAMAR VISITA DE SEGUIMIENTO GARANTIZANDO LA ATENCIÓN INTEGRAL POR PARTE DEL EQUIPO
6	6. VERIFIQUE LA FRECUENCIA DE USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD CONFORME AL ESQUEMA DE INTERVENCIONES Y ATENCIONES INDIVIDUALES ESTABLECIDO EN EL LINEAMIENTO TÉCNICO-OPERATIVO Y RESOLUCIÓN 3280 DE 2018, CON EL FIN DE DEFINIR EL TIPO DE ATENCIÓN QUE CORRESPONDE A CADA USUARIO
7	7.PROGRAME, REALIZE Y REGISTRE LAS ATENCIONES EN SALUD CONFORME A LA PERIODICIDAD ESTABLECIDA, LA CLASIFICACIÓN FAMILIAR (ALTA, MEDIA Y BAJA) Y EL TIPO DE FAMILIA (1, 2, 3 Y 4), EN MODALIDAD PRESENCIAL O TELEFÓNICA, DE ACUERDO CON LA CONDICIÓN DE SALUD Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS VIGENTES.
8	8.EN CASO DE IDENTIFICAR INTEGRANTES PERTENECIENTES A POBLACIÓN PRIORIZADA, TALES COMO MUJERES GESTANTES, NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS, PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS, ADULTOS MAYORES, PERSONAS CON DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA Y SUS CUIDADORES, PROGRAMAR UNA NUEVA VISITA GARANTIZANDO LA PRESENCIA DEL USUARIO Y LA ATENCIÓN INTEGRAL POR PARTE DEL EQUIPO
9	9.CONSULTE EL ESQUEMA DE VACUNACIÓN DE LOS USUARIOS EN EL APLICATIVO PAI WEB 2.0 Y, EN CASO DE IDENTIFICAR ESQUEMAS INCOMPLETOS O INCONSISTENCIAS, INFORMAR OPORTUNAMENTE AL PROFESIONAL RESPONSABLE DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN.
10	10. SE IDENTIFIC0 POBLACIÓN SIN ASEGURAMIENTO QUE CUMPLA CRITERIOS DE AFILIACIÓN POR OFICIO Y REMITIR OPORTUNAMENTE LA INFORMACIÓN AL EQUIPO CORRESPONDIENTE PARA LA GESTIÓN A TRAVÉS DEL SISTEMA DE AFILIACIÓN TRANSACCIONAL

11	11. SE REALIZO CONTACTO TELEFÓNICO CON EL USUARIO O CUIDADOR PARA VERIFICAR DATOS DE UBICACIÓN E INFORMAR EL DÍA PROGRAMADO PARA LA ATENCIÓN DOMICILIARIA
12	12. SE GARANTIZO LA APERTURA, DILIGENCIAMIENTO, ACTUALIZACIÓN Y CIERRE DE LOS APLICATIVOS Y FORMATOS FÍSICOS O MAGNÉTICOS REQUERIDOS, ASEGURANDO CALIDAD, VERACIDAD, COMPLETITUD Y OPORTUNIDAD DE LA INFORMACIÓN, Y REALIZANDO EL REGISTRO DENTRO DE LAS PRIMERAS VEINTICUATRO (24) HORAS POSTERIORES A LA ATENCIÓN. EL INCUMPLIMIENTO DEL CARGUE OPORTUNO Y CON CALIDAD DEL DATO SERÁ OBJETO DE AUDITORÍA Y CONDICIONARÁ EL RECONOCIMIENTO DEL PAGO DE HONORARIOS.
13	13. SE IDENTIFICO RIESGOS EN SALUD Y/O SOCIALES Y DILIGENCIAR EL FORMATO DE CANALIZACIÓN SIRC DE MANERA OPORTUNA, COMPLETA Y CON CALIDAD DEL DATO, DENTRO DE LAS VEINTICUATRO (24) HORAS POSTERIORES A LA ATENCIÓN
14	14. VERIFIQUE QUE LOS USUARIOS HAYAN RECIBIDO LAS ATENCIONES OBLIGATORIAS SEGÚN SU CURSO DE VIDA Y, EN CASO DE INCUMPLIMIENTO, REALIZAR LA ORDEN O CANALIZACIÓN CORRESPONDIENTE, DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS VIGENTES COMO PARTE DEL FORTALECIMIENTO DE LA APS EN EL NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN
15	15. SE EJECUTARON ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD, TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN, EN MODALIDAD INTRAMURAL, EXTRAMURAL Y/O ADMINISTRATIVA, DE ACUERDO CON LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES Y LA NECESIDAD DEL SERVICIO.
16	16. REALIZE LA NOTIFICACIÓN OPORTUNA DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA, EVENTOS DE VIOLENCIA O IDEACIÓN E INTENTOS DE SUICIDIO A TRAVÉS DE SIVIGILA, SIVIM O SISVECOS, SEGÚN CORRESPONDA, DENTRO DE LAS PRIMERAS VEINTICUATRO (24) HORAS POSTERIORES A SU IDENTIFICACIÓN Y CON CALIDAD Y VERACIDAD DEL DATO.
17	17. NO SE PRESENTO EMERGENCIA DURANTE LAS VISITAS, ASISTIR AL USUARIO Y/O ACTIVAR LA LÍNEA ÚNICA DE EMERGENCIAS 123, ARTICULARSE CON EL CRUE PARA LA REMISIÓN A LA IPS CORRESPONDIENTE, REALIZAR EL ACOMPAÑAMIENTO HASTA LA LLEGADA DEL EQUIPO DE RESPUESTA Y REGISTRAR LA EVOLUCIÓN HORA A HORA CONFORME A LAS INDICACIONES RECIBIDAS.
18	18. SE ASISTIO DE MANERA OBLIGATORIA Y OPORTUNA A COMITÉ SEMANALES O MENSUALES, REUNIONES DE SEGUIMIENTO, JORNADAS DE CAPACITACIÓN Y CONVOCATORIAS ADMINISTRATIVAS PROGRAMADAS, DEJANDO CONSTANCIA Y SOPORTES DE PARTICIPACIÓN.
19	19. SE PLANEÓ Y DESARROLLO CAPACITACIONES, SOCIALIZACIONES O INTERVENCIONES TÉCNICAS CUANDO LA ENTIDAD LO REQUIERA, CONFORME A SU PERFIL, SIN QUE ELLO GENERE RECONOCIMIENTO ECONÓMICO ADICIONAL
20	20. SE APOYO Y GESTIONO LOS ACERCAMIENTOS COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES NECESARIOS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES EN EL TERRITORIO, PROMOVRIENDO LA ARTICULACIÓN INTERSECTORIAL Y EL TRABAJO COLABORATIVO
21	21. NO CUMPLE EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA SERÁ RESPONSABLE DE LA ELABORACIÓN, PRESENTACIÓN Y REPORTE OPORTUNO DE LAS CUENTAS DE COBRO, ASÍ COMO DE LA SUSCRIPCIÓN, FIRMA Y GESTIÓN DEL CONTRATO Y SUS DOCUMENTOS ASOCIADOS EN LOS APLICATIVOS INSTITUCIONALES Y EN LA PLATAFORMA SECOP, DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD. EL INCUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACIÓN, EN LOS TIEMPOS Y CONDICIONES DEFINIDOS, DARÁ LUGAR A LA NO CAUSACIÓN Y, POR ENDE, AL NO RECONOCIMIENTO DEL PAGO HONORARIOS, SIN PERJUICIO DE LAS DEMÁS ACCIONES ADMINISTRATIVAS A QUE HAYA LUGAR, CONFORME A LA NORMATIVA CONTRACTUAL VIGENTE
22	22. SE BRINDO APOYO ADMINISTRATIVO A LOS PROCESOS DE AGENDAMIENTO DE LAS ATENCIONES REALIZADAS, CONFORME A LOS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES Y CONTRACTUALES, GARANTIZANDO LA VERACIDAD, COHERENCIA Y OPORTUNIDAD DE LA INFORMACIÓN REGISTRADA EN LOS APLICATIVOS Y FORMATOS CORRESPONDIENTES, ACTIVIDAD SUJETA A VERIFICACIÓN, AL CUMPLIMIENTO DE LA META ESTABLECIDA Y AL REGISTRO OPORTUNO Y CON CALIDAD
23	23. SE RECIBIO, CUSTODIO, UTILIZO Y RESPONDIO POR EL ADECUADO MANEJO DE LOS EQUIPOS, INSUMOS Y DEMÁS BIENES INSTITUCIONALES ASIGNADOS PARA EL DESARROLLO DE SUS FUNCIONES, GARANTIZANDO SU CONSERVACIÓN, USO CONFORME Y DEVOLUCIÓN EN LOS TÉRMINOS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD.
24	24. SE GARANTIZO LA DISPONIBILIDAD Y PRESENTACIÓN DE LOS INSUMOS, EQUIPOS BIOMÉDICOS, DE CÓMPUTO Y DEMÁS BIENES INSTITUCIONALES ASIGNADOS, PARA SU REVISIÓN, CONTROL, CALIBRACIÓN Y MANTENIMIENTO PREVENTIVO, DE ACUERDO CON LA PERIODICIDAD SEMANAL O MENSUAL DEFINIDA POR LA ENTIDAD, DEJANDO LOS SOPORTES CORRESPONDIENTES
25	25. SE RESPONDIO POR LA PÉRDIDA, DAÑO, NO RESTITUCIÓN O ENTREGA EXTEMPORÁNEA DE LOS BIENES INSTITUCIONALES ASIGNADOS, RECONOCIENDO SU CARÁCTER DE BIENES PÚBLICOS, Y ASUMIENDO LAS RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS, DISCIPLINARIAS, FISCALES Y LEGALES A QUE HAYA LUGAR, CONFORME A LA NORMATIVA VIGENTE
26	26. SE GARANTIZO EL USO ADECUADO, RESERVADO Y CONFIDENCIAL DE LOS USUARIOS Y CONTRASEÑAS ASIGNADOS PARA LOS APLICATIVOS INSTITUCIONALES, ABSTENIÉNDOSE DE COMPARTIRLOS CON TERCEROS Y ENTREGÁNDOLOS AL FINALIZAR EL CONTRATO.
27	27. SE DILIGENCIO Y ENTREGO OPORTUNAMENTE LOS FORMATOS FÍSICOS O MAGNÉTICOS, SOPORTES DE ACTIVIDADES, INFORMES, CERTIFICACIONES, ACTAS Y COMPROBANTES DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL REQUERIDOS PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO
	28. SE BRINDO SOPORTE ADMINISTRATIVO A LA SUPERVISIÓN O COORDINACIÓN DE LA RESOLUCIÓN 711 DE 24 ABRIL 2025, CUANDO SE PRESENTEN REQUERIMIENTOS, SOLICITUDES DE INFORMACIÓN O ACTUACIONES POR PARTE DE LOS ENTES DE CONTROL, OTRAS DEPENDENCIAS DE LA SUBRED, LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD O EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, ASÍ COMO FRENTE A QUEJAS, RECLAMOS, SOLICITUDES O DERECHOS DE PETICIÓN PRESENTADOS

28	POR LOS USUARIOS, GARANTIZANDO LA ELABORACIÓN, ORGANIZACIÓN, ENTREGA Y REGISTRO OPORTUNO DE LOS SOPORTES REQUERIDOS, REGISTRO OPORTUNO Y CON CALIDAD DE LA INFORMACIÓN ENMARCADAS EN EL MODELO PREVENTIVO Y PREDICTIVO Y EL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN EL NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN
29	29.TODAS LAS ACTIVIDADES AQUÍ DESCRITAS DEBERÁN EJECUTARSE EN EL MARCO DEL MODELO PREVENTIVO Y PREDICTIVO Y DEL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS) EN EL NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN, CONFORME A LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS, OPERATIVOS Y NORMATIVOS VIGENTES, Y ESTARÁN SUJETAS AL CUMPLIMIENTO DE LA META ASIGNADA, AL REGISTRO OPORTUNO Y CON CALIDAD DE LA INFORMACIÓN Y A LOS PROCESOS DE VERIFICACIÓN Y AUDITORÍA.
30	30. SE REALIZO LAS DEMÁS ACTIVIDADES INHERENTES AL OBJETO CONTRACTUAL QUE LE SEAN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO, CONFORME A LA RESOLUCIÓN 00000711 DEL 24 DE ABRIL DE 2025 Y AL LINEAMIENTO TÉCNICO-OPERATIVO DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD: CONFORMACIÓN, OPERACIÓN Y SEGUIMIENTO, ACTIVIDADES QUE SERÁN OBJETO DE VERIFICACIÓN Y VALIDACIÓN PARA EL RECONOCIMIENTO DEL PAGO DE HONORARIOS.

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 (2026-06-02) AL (2026-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:		
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	FAMISANAR		\$ 0	
PENSIÓN:	PORVENIR		\$ 0	
RIESGOS LABORALES:	SURA		\$ 0	
OTRO				
TOTAL PAGADO			\$ 0	

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 periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	<div><div>CAROL LORENA CHACON NIEVES PS_4094_2026_72C11C</div></div> <div>CAROL LORENA CHACON NIEVES CC: 1018465744</div>
--------------------------------	--

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS
OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO



LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ

PS_4094_2026_72C11C

LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ
SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1018465744	CAROL LORENA CHACON NIEVES		Dg 51 c sur # 55-18	2388241	caro_lcn238@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93429316	10/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$0	\$743.300	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	300.300	0		0		0	0	0	0	300.300	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
230301	Porvenir	800224808-8	384.400	0	0	0	0	0	0		384.400	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	58.600				58.600	0	0	58.600			586	58.600	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	300.300	300.300
Pensión	1	384.400	384.400
Riesgos Laborales	1	58.600	58.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	743.300	743.300

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1018465744	CAROL LORENA CHACON NIEVES		Dg 51 c sur # 55-18	2388241	caro_lcn238@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93429316	10/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$0	\$743.300	

DETALLE POR COTIZANTE																																								
INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES									
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonente	INS	RET	TDE	TAE	TAP	TAP	VSP	VST	SAJ	SAE	SAE	SAE	SAE	SAE	SAE	SAE	SAE	SAE	SAE	SAE	SAE	SAE	SAE	SAE	SAE	SAE	SAE	SAE	SAE	SAE	SAE		
1	CC 1018465744	CHACON NIEVES CAROL LORENA	59	0		N																																		