| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | **CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**<br>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN | CÓDIGO: AP-CT-F-16-08<br>VERSIÓN: 8<br>PÁGINA: 1 DE 1<br>FECHA: 28/07/2020 |

## INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: **LUZ DARYS NIÑO OBREGON** | | | |
| **TIPO DE DOCUMENTO:** | **C.C X C.E** | **NO.** | **32884715** |
| CELULAR:<br>**3005151505** | CORREO ELECTRÓNICO:<br>**ninool.07@hotmail.com** | SEDE:<br>**HOSPITAL SUBA CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADO** | CENTRO DE COSTOS:<br>**CESU06 - ADM DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS USS CES** |
| PROCESO:<br>**DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS** | | SERVICIO:<br>**ASISTENCIAL** | |
| ENTIDAD FINANCIERA:<br>**BANCO DAVIVIENDA** | TIPO DE CUENTA:<br>**AHORROS** | NUMERO DE CUENTA BANCARIA:<br>**29700045866** | |
| **PENSIONADO:** | **SI No X** | | |

## INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:<br>**1612-2026** | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO:<br>**4** | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **CDP 1** | 164 | **FECHA** | 22/01/2026 | **CRP 1** | 10030 | **FECHA** | 01/02/2026 |
| **CDP 2** | 703 | **FECHA** | 20/05/2026 | **CRP 2** | 19404 | **FECHA** | 22/05/2026 |
| **CDP 3** | – | **FECHA** | – | **CRP 3** | – | **FECHA** | – |
| **CDP 4** | – | **FECHA** | – | **CRP 4** | – | **FECHA** | – |
| **CDP 5** | – | **FECHA** | – | **CRP 5** | – | **FECHA** | – |
| **CDP 6** | – | **FECHA** | – | **CRP 6** | – | **FECHA** | – |

OBJETO DEL CONTRATO: **Prestar servicios profesionales o de apoyo a la gestión administrativa y/ o asistencial en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.**

| **PERIODO CERTIFICADO:** | **DESDE** | | | **HASTA** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **DÍA** | **MES** | **AÑO** | **DÍA** | **MES** | **AÑO** |
| | **01** | **05** | **2026** | **31** | **05** | **2026** |

| | | |
|---|---|---|
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:<br>**$ 4.022.994** | TIPO DE SERVICIOS:<br>**ASISTENCIAL** | VALOR HORA / DÍA:<br>**$ 21.629** |

**OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias, alivios tributarios, etc.)**

## CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

| CONCEPTO | VALORES |
|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | **$ 22.840.224** |
| VALOR EJECUTADO | $ 13.107.174 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | **$ 5.710.056** |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS | 186 |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES | 264 |
| SALDO POR EJECUTAR | $ 9.733.050 |
| VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación) | $ 0 |
| **PORCENTAJE DE EJECUCIÓN** | **57.4 %** |

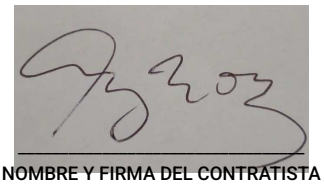
**El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:** De conformidad al decreto 1273 de 2018, el supervisor certifica que los aportes pagados en la planilla de seguridad social (EPS, Pensiones y ARL) del mes anterior corresponden al periodo a certificar. **El supervisor del contrato hace constar que los datos registrados en la presente certificación de cumplimiento fueron debidamente revisados y son veraces.**

| IBC DE COTIZACIÓN Mes Vencido | APORTE SALUD 12.5% IBC | APORTE PENSIÓN 16% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES | Número de Planilla Mes Vencido |
|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.804.000 | $ 227.300 | $ 290.900 | III | $ 44.300 | **$ 562.500** | 9504619747 / 9504657702 |

Dado en Bogotá a los **31** días del mes de **Mayo** del año **2026**. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,



**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR**
ANDREA SANDOVAL CASTRO
CC: 52770916



**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA**
LUZ DARYS NIÑO OBREGON
CC: 32884715

| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | **INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**<br>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN CONTRACTUAL | CÓDIGO: AP-CT-F-50<br>VERSIÓN: 4<br>PÁGINA: 1 DE 1<br>FECHA: 07/11/2024 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ÁREA Y/O SERVICIO: **DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS** | UNIDAD: **HOSPITAL SUBA CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADO** | | | | | | |
| No. DE CONTRATO: **1612-2026** | PERIODO CERTIFICADO | Día | Mes | Año | Día | Mes | Año |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: **ANDREA SANDOVAL CASTRO** | | 01 | 05 | 2026 | 31 | 05 | 2026 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: **LUZ DARYS NIÑO OBREGON** | DOCUMENTO: **32884715** | | | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: **Prestar servicios profesionales o de apoyo a la gestión administrativa y/ o asistencial en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.** | | | | | | | |
| TOTAL DE EJECUCIÓN (%): **57.4 %** | | | | | | | |

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS | ACTIVIDADES REALIZADAS |
|---|---|
| 1. Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema único de Habilitación, Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información. | APOYAR Y EJECUTAR ACCIONES ORIENTADAS AL MANTENIMIENTI Y MEJORAMIENTI CONTINUO DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL MEDIANE EL CUMPLIMIENTO DE LAS RESPONSABILIDADES ASIGNADAS EN LOS SERVICIOS |
| 2.Desarrollar las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas. | IMPLEMENTAR Y EJECUTAR LAS ESTRATEGIAS INSTITUCIONALES ORIENTADAS AL MANTNIMIENTO Y MEJORAMIENTO CONTINUO DE LOS EJES DEL SISTEMA UNICO DE ACREDITACION MEDIANTE EL DESARROLLO DE ACIONES RELACIONADAS CON LA GESTION DEL RIESGO, HUMANIZACION DE L ATENCION, TRANSFORMACION CULTURAL GESTION C,LINICA SEGURA GESTION DE LA TECNOLOGIA ATENCION CENTADA EN EL SUSARIO Y RESPONSABILIDAD SOCIAL DE ACUERDO A LAS RESPONSABILIDADES ASIGNADAS |
| 3, Dar cumplimiento a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución, identificando indicadores del servicio asignado | CUMPLIR EN LOS ESTANDADRS DE PRODUCCION Y DESEMPEÑO DEL SERVICIO ASIGNADO GARANTIZANDO LA EJECUCUCIN OPORTUNA Y EFICIENTE DE LAS ACTIVIDADES Y RESPONSABILIDADES ESTABLECIDAS POR LA INSTITUCION Y DENTRO DE LOS IEMPOS ESTABLECIDOS |
| 4, Dar cumplimiento a los procesos prioritarios, establecidos para el funcionamiento del servicio de acuerdo a la normatividad vigente y al servicio asignado. | DAR CUMPLIMIENTO A LOS PROCESOS PRIORITARIOS ESTABLECIDOS PARA EL FUNCIONAMIENTI DEL SERVICIO DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y LOS LINEAMIENTOS DEL SERVICIO ASIGNADO GARANTIZANDO UNA ATENCION SEGURA EFICIENTE Y DE ALTA CALIDAD |
| 5, Revisión y envío a farmacia de las órdenes de medicamentos Administración, registro y devolución de medicamentos, garantizando adherencia al ciclo de medicamentos. | REALIZAR LA REVISION Y ENVIO A FARMACIA DE LAS ORDENES DE MEDICAMENTOSASI COMO LA ADMINISTRACION REGISTRO Y DEVOLUCIUON DE MEDICAMENTOS GARANTIZANDO EL CUMPLIMIEN TI Y ADHERENCIA AL CICLO INSTITUCIONAL DE MEDICAMENTOS Y A LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE |
| 6, Tramitar oportunamente las necesidades del servicio al área administrativa respectiva. | TRAMITAR DE MANERA OPORTUNA LAS NECESIDADES Y REQUERIMIENTIS DEL SERVICIO ANTE EL AREA ADMINISTRATIVA CORRESPONDIENTE GARANTIZANDO EL ADECUADI FUNCIONAMIENTO Y CONTINUIDAD EN LA PRETACION DEL SERVICIO |
| 7, Cumplir con los procesos, procedimientos, guías, instructivos formatos protocolos que se requieran para el cumplimiento de las actividades; Presentar informes, solicitudes y peticiones y demás actividades administrativas que se generen. | CUMPLIR CON LOS PROCESOS PRCEDIMIENTOS Y GUIAS REQUERIDOS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS ASI COMO PRESENTAR OPORTUNAMENTE INFORMES Y SOLICITUDES PETICIONES Y DEMAS ACTIVIDAES ADMINISTRATIVAS DERIVADAS DE LA PRESTACION DEL SERVICIO |
| 8, Asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional | PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN LAS CAPACITACIONES Y ACTIVIDADES DE FORTALECIMIENTO PROGRAMADAS POR LA INSTITCION ORIENTADAS AL MEJORAMIENTO DE LA EFECTIVIDAD Y DESEMPEÑO EN EL DESARROLLO DE LAS FUNCIONES ASIGNADAS |
| 9, Cumplir lo establecido por la institución de acuerdo a los cronogramas establecidos para el desarrollo de las actividades pertinentes con el objeto del contrato. | CUMPLIR CON LO ESTABLECIDO POR LA ISNTITUCION D ACUERDO CON LOS CRONOGRAMAS DEFINIDOS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO DEL CONTRATO |

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS | ACTIVIDADES REALIZADAS |
|---|---|
| | GARANTIZANDO LA EJECUCUIN OPORTUNA Y ADECUADA DE LAS RESPONSABIIDADES ASIGNADAS |
| 10, Brindar información al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento, con registro en historia clínica. | BRINDAR INFORMACION CLARA OPORTUNA Y COMPRENSIBLE AL USUARIO Y SU FAMILIA SOBRE SU ESTADO DE SALUD RIESGOS COMPLICACIONES Y BENEFICIOS DEL TRATAMIENTO GARANTIZANDO EL RESPECTIVO REGISTRO EN LA HISTORIA CLINICA CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE |
| 12, Cumplir adherencia al Manual de Bioseguridad y protocolos anexos. | CUMPLIR CON LA ADHERENCIA AL MANUALA DE SEGURIDAD Y A LOS PRTOCOLOS ANEXOS ESTABLECIDOS GARANTIZANDO LA CORRECTA APLICACIÓN DE LASNORMAS Y LINEAMINTOS DURANTE EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS |
| 13, Realizar la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública. | REALIZAR LA NOTIFICACION OBLIGATORIA Y OPORTUNA DE SUSCESO DE SEGURIDAD INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS Y EVENTOS DE INTERES PUBLICO CONFORME CON LOS LINEAMINTOS INSTITUCIONALES Y NORMATIVIDAD VIGENTE |
| 14, Realizar el proceso de traslado y/o, la referencia y contra referencia cuando se requiera, dentro de la prestación integral de la Subred y de acuerdo con las normas que la regulan | REALIZAR EL PROCESO DE TRASLADO REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE USUARIOS CUANDO SE REQUIERA GARNTIZANDO LA CONTINUIDAD DE LA ATENCION INTEGRAL DENTROS DE LA SUBRED Y EL CUMPLIMIENTI DE LAS NORMAS Y LINEAMISNTOS ESTABLECIDOS PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO |
| 15, Cumplir con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación correspondiente | CUMPLIR CON LA ASITENCIA Y PARTICIPACION EN LAS CAPACITACIONES VIRTUALES O PRESENCIALES CONVOCADAS POR LA SUBRED GARANTIZANDO LA PRESENTACION OPORTUNA DE LAS CETTIFICACIONES |
| 16, Registrar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999. | REGISTRAS DE MANERA OPORTUNA COMPLETA Y LEGIBLE Y OPORTUNA LA INFORMACION EN LA HISTORIA CLINICA Y EN LOS REGISTROS INSTITUCIONALES GARANTIZANDO L CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCION Q LO CONSTITUYEPARA QUE LOS LINEAMIENTOS TENGAN SUS MANEJO DOCUMENTAL ESTABLECIDO |
| 17, Presentar las evaluaciones de adherencia y conocimientos procesos, procedimientos, guías, instructivos, entrenamiento en<br>puesto de trabajo, manuales, inducción y reinducciones, todas y cada<br>una de las solicitadas por la Subred Norte ESE.<br>programadas por la Subred Norte para medir la adherencia a los | PRESENTAR LAS EVQALUACIONES PERTINENTES RELACIONADAS CON PROCESOS PROCEDIMIENTOS GUIAS ISN TRUCTIVOS ENTRENAMIENTOS CONTINUOS CON EL FIN DE MDIAR EL CUMPLIMIENTO Y ADHERENCIA A LOS PROCESOS INSTITUCIONALES |
| 18, Realizar seguimiento a la apropiación y adherencia a procesos institucionales del personal a cargo, de existir alguna novedad establecer plan de trabajo para fortalecer competencias en conjunto con el Profesional especializado y/o Referente del servicio. | REALIZAR EL SEGUIMIENTO A LA APORPIACION DE LOS PROCESOS ISNTITUCIONALES POR PARTE DEL PERSONAL A CARGO IDENTIFICANDO NOVEDADES Y OPORTUNIDADES DE MEJORA PARA EL FORTALECIMIENTO CONTINUO DE LAS COMPETENCIAS DEL PERSONAL |

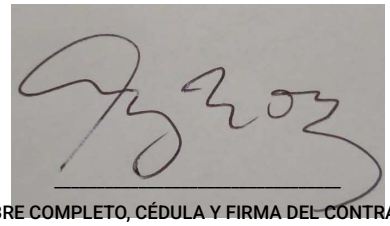
OBSERVACIONES:

264 HORAS CERTIFICADAS

TOTAL A PAGAR:

**$ 5.710.056 — CINCO MILLONES SETECIENTOS DIEZ MIL CINCUENTA Y SEIS PESOS M/CTE**

Fecha: 31/05/2026



**NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA**
LUZ DARYS NIÑO OBREGON
CC: 32884715

Fecha: 31/05/2026

**FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR**
ANDREA SANDOVAL CASTRO
CC: 52770916

*Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.*

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 32884715 | | NIÑO OBREGON LUZ DARLY | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | carrera 70 d numero 64-38 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3923777 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-04 | 2026-04 | 302137596 | 9504619747 | I | 2026/05/07 | 2026/05/12 | BANCO DAVIVIENDA | 5 | $559,100 |

**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)** | | | | | $1,800,000 | $288,000 | | | $1,800,000 | $225,000 | | | $0 | $0 | | | $1,800,000 | $43,900 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,800,000 | $288,000 | | | $1,800,000 | $225,000 | | | $0 | $0 | | | $1,800,000 | $43,900 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $1,800,000 | $288,000 | | | $1,800,000 | $225,000 | | | $0 | $0 | | | $1,800,000 | $43,900 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 32884715 | NIÑO LUZ | 25-14 | 30 | $1,800,000 | $288,000 | EPS010 | 30 | $1,800,000 | $225,000 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $1,800,000 | $43,900 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | | $1,800,000 | $288,000 | | | $1,800,000 | $225,000 | | | $0 | $0 | | | $1,800,000 | $43,900 | | $0 | $0 |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 32884715 | | NIÑO OBREGON LUZ DARLY | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | carrera 70 d numero 64-38 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3923777 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-04 | 2026-04 | 302137596 | 9504619747 | I | 2026/05/07 | 2026/05/12 | BANCO DAVIVIENDA | 5 | $559,100 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $288,000 | $1,100 | $0 | $289,100 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $288,000 | $1,100 | $0 | $289,100 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $43,900 | $200 | $0 | $44,100 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $43,900 | $200 | $0 | $44,100 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $225,000 | $900 | $0 | $225,900 |
| EPS SURA (ANTES SUSALUD) | EPS010 | 800,088,702 | 2 | 1 | $225,000 | $900 | $0 | $225,900 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$556,900** | **$2,200** | **$0** | **$559,100** |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 32884715 | | NIÑO OBREGON LUZ DARLY | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | carrera 70 d numero 64-38 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3923777 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-04 | 2026-04 | 304786120 | 9504657702 | N | 2026/05/07 | 2026/05/13 | BANCO DAVIVIENDA | 6 | $5,900 |

**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)** | | | | | | $18,000 | $2,900 | | | $18,000 | $2,300 | | | $0 | $0 | | | $18,000 | $400 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | | $18,000 | $2,900 | | | $18,000 | $2,300 | | | $0 | $0 | | | $18,000 | $400 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | | $18,000 | $2,900 | | | $18,000 | $2,300 | | | $0 | $0 | | | $18,000 | $400 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 32884715 | NIÑO LUZ | 25-14 | 30 | ($1,800,000) | ($288,000) | EPS010 | 30 | ($1,800,000) | ($225,000) | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | ($1,800,000) | ($43,900) | 0 | $0 | $0 |
| 2 | CC | 32884715 | NIÑO LUZ | 25-14 | 30 | $1,818,000 | $290,900 | EPS010 | 30 | $1,818,000 | $227,300 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $1,818,000 | $44,300 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | | | **Afiliados( 1)** | | | $18,000 | $2,900 | | | $18,000 | $2,300 | | | $0 | $0 | | | $18,000 | $400 | | $0 | $0 |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 32884715 | | NIÑO OBREGON LUZ DARLY | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | carrera 70 d numero 64-38 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3923777 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-04 | 2026-04 | 304786120 | 9504657702 | N | 2026/05/07 | 2026/05/13 | BANCO DAVIVIENDA | 6 | $5,900 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $2,900 | $100 | $0 | $3,000 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $2,900 | $100 | $0 | $3,000 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $400 | $100 | $0 | $500 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $400 | $100 | $0 | $500 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $2,300 | $100 | $0 | $2,400 |
| EPS SURA (ANTES SUSALUD) | EPS010 | 800,088,702 | 2 | 1 | $2,300 | $100 | $0 | $2,400 |
| TOTAL | | | | 1 | $5,600 | $300 | $0 | $5,900 |