HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA E.S.E
MUNICIPIO DE SUAREZ TOLIMA
NIT. 809005452-3

INFORME	PERIÓDICO: _X__ UNICO :	No. 01
PERÍODO DE EJECUCIÓN:	DESDE 10 DE SEPTIEMBRE HASTA EL 09 DE OCTUBRE	
VALOR AUTORIZADO A CANCELAR	$2.300.000 DE PESOS	

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
TIPO CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
CONTRATO No. Y FECHA:	Nº 129 DEL 10 DE SEPTIEMBRE HASTA EL 31 DE OCTUBRE
NO. PROCESO SECOP II	129-2026
CONTRATISTA:	MICHELLE VERONICA TAMAYO BOTACHE
AREA	AUXILIAR DE ENFERMERIA
OBJETO DEL CONTRATO:	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION DE UN AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SUAREZ TOLIMA E.S.E
VALOR DEL CONTRATO:	$4.300.000
PLAZO:	52 DIAS
ACTA DE INICIO	10 DE SEPTIEMBRE DE 2026
PRÓRROGAS- SI APLICA (No. DE DIAS/MESES)	N/A
ADICIONES- SI APLICA (VALOR ADICIONADO)	N/A
SUSPENSIONES-SI APLICA (FECHA Y No. DE DIAS/MESES)	N/A
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUSPENSIONES)	31 DE OCTUBRE DEL 2026
NÚMERO Y FECHA DEL CDP	256 DEL 01 DE SEPTIEMBRE DEL 2026
SUPERVISOR	LEANDRO ANTONIO CORDOBA FUERTES

2. BALANCE CONTRACTUAL

A. INFORMACIÓN TIEMPO DE EJECUCIÓN

TIEMPO TRANSCURRIDO A LA FECHA DEL INFORME (DÍAS)	30
AVANCE PORCENTUAL (%)	57.69%

B. INFORMACIÓN FINANCIERA DE EJECUCIÓN

VALOR INICIAL	$4.300.000
VALOR EJECUTADO	0
VALOR A PAGAR	$2.300.000
SALDO DEL CONTRATO	$2.000.000

Powered by CamScanner

3. INFORMACIÓN CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIÓN

Nº DE OBLIGACIÓN	ACTIVIDAD	SI CUMPLE	NO CUMPLE	REPROGRAMAR	NO SE PROGRAMO
1	Ejecutar y aplicar los conocimientos asistenciales propios de auxiliar de enfermería en la atención integral de los pacientes conforme a los protocolos médicos y guías de atención y de acuerdo con la naturaleza de sus actividades para la prestación de los servicios de salud ofertados por el Hospital Santa Roma de Lima E.S.E.	X			
2	Promover la doctrina de la calidad, humanización, la pertinencia en la atención, seguridad del paciente, la equidad, la eficiencia y la efectividad para que los usuarios del Hospital queden satisfechos por la atención recibida	X			
3	Responder por el pertinente registro clínico en el sistema, por la legalidad de los soportes de su competencia, con el debido y completo diligenciamiento, manteniendo la fuente primaria para soportar correctamente la atención y la facturación de los servicios a las diferentes entidades de salud.	X			
4	Participar en el seguimiento, verificación y control de los compromisos desarrollando y cumpliendo a cabalidad las metas de promoción y mantenimiento de la salud pactados en los convenios y contratos asistenciales suscritos entre el hospital y las diferentes EPS sin poner en riesgo la integridad de los usuarios.	X			
5	Realizar actividades asistenciales y de acompañamiento en el traslado de pacientes cuando estos deban ser remitidos a otros prestadores de servicios de salud de mayor nivel de complejidad.	X			
6	Realizar la entrega de turnos correspondiente de acuerdo con el servicio asignado. Presentar informes relacionados con la parte asistencial que se requiera por cualquier entidad que lo exija.	X			

Powered by CamScanner

7	Mantener en buen estado los implementos y equipos asignados para la prestación de los servicios de salud y la ejecución del contrato.	X			
8	Velar por el buen servicio del todas las áreas y servicios que tiene el hospital y vigilar y efectuar el seguimiento del vencimiento de los todos los insumos que tiene el hospital para los diferentes servicios.	X			
9	Asistir a las diferentes capacitaciones programadas por la empresa y someterse a las evaluaciones periódicas de conocimiento científico y administrativo.	X			
10	Se brinda atención según lo indicado en los protocolos de vigilancia en salud pública y según las necesidades del paciente.	X			
11	Garantizar la disponibilidad al llamado ante la activación del Plan Hospitalario de Emergencias y activación de alertas y/o ante cualquier urgencia y remisión que se presente	X			
12	Participar activamente en el proceso de habilitación de la entidad.	X			
13	Realizar las demás actividades que le sean asignadas por quien ejerce la supervisión del contrato acordes con el objeto. Realice lo indicado por el jefe y gerencia.	X			

SOPORTES DEL INFORME:

- **Cuenta De Cobro O Factura N° 1**

Informe De Actividades periodo DESDE 10 DE SEPTIEMBRE AL 09 DE OCTUBRE DEL 2026

- **Anexos: Actas de Actividades, del mes de SEPTIEMBRE-OCTUBRE**
- **Seguridad Social N° 9512648302-9512648412**

C. RELACIÓN DE PAGOS A LA SEGURIDAD SOCIAL

ITEM	PERIODO DE PAGO (AÑO – MES)	VALOR
SALUD	2026-09	153.300
PENSIÓN	2026-09	196.200
ARL	2026-09	6.400

Powered by CamScanner

ITEM	PERIODO DE PAGO (AÑO – MES)	VALOR
SALUD	2026-10	65.700
PENSIÓN	2026-10	84.100
ARL	2026-10	2.800

D. OTRAS OBSERVACIONES IMPORTANTES DEL SUPERVISOR

- La contratista adjunta Certificado de pago de seguridad social número **9512648302-9512648412** correspondientes del 10 de septiembre al 09 de octubre, el supervisor con la suscripción del presente informe certifica que la contratista cumplió con la ejecución de las obligaciones contractuales y acredito los pagos al sistema de seguridad social integral. Conforme a lo establecido en el Decreto 1273 del 2018, en su artículo 1 que modifica el Artículo 2.2.1.1.1.7 Pago de cotizaciones de los trabajadores independientes al Sistema de Seguridad Social Integral.

1. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LA LABOR CONTRATADA

El suscrito, **LEANDRO ANTONIO CORDOBA FUERTES en** calidad de supervisor del contrato N° 129 de 10 de septiembre de 2026, certifico que el contratista Michelle Verónica Tamayo Botache identificad(a/o) con C.C. N° 1003654465 de Suarez Ha cumplido con las obligaciones y compromisos pactados en el contrato y los servicios contratados han sido recibidos a entera satisfacción de conformidad con lo establecido en el acto contractual mencionado y en los documentos adicionales que hacen parte integral del mismo.

- Ha efectuado los pagos de seguridad social en salud y pensión durante la vigencia del contrato y se encuentra a paz y salvo a la fecha, por ese concepto, en cumplimiento del artículo 23 de la ley 1150 de 2007.

Por lo anterior se da el visto bueno y se certifica que se cumplan a cabalidad las actividades mensuales del contrato.

Firmado en Suarez, 14 de octubre del 2026.

LEANDRO ANTONIO CORDOBA FUERTES
Profesional universitario

Powered by CamScanner

INFORME DE ACTIVIDADES NÚMERO UNO (1)	
PERIODO DE EJECUCIÓN: 10 DE SEPTIEMBRE AL 09 DE OCTUBRE DE 2026	
CONTRATO NO. 129 DE 10 DE SEPTIEMRE DE 2026	
NUMERO PROCESO DE SECOP II 129	
DATOS DEL CONTRATISTA	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	Michelle Verónica Tamayo Botache
No. DE IDENTIFICACIÓN	1003652465
DIRECCIÓN	Calle 4 # 4-80
TELÉFONO/CELULAR	3186578588
EPS	SALUD TOTAL
FONDO DE PENSIONES	PROTECCION
CUENTA BANCARIA	***03700002423***
TIPO DE CUENTA	Ahorros
BANCO	Bancolombia
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO	
OBJETO DEL CONTRATO	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION DE AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SUAREZ TOLIMA E.S.E.
PLAZO DE EJECUCIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y/O SUSPENSIONES)	52 DIAS
VALOR TOTAL DEL CONTRATO (INCLUYENDO ADICIONES)	$4.300.000
FECHA ACTA DE INICIO	10 de septiembre de 2026
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUSPENSIONES)	31 de octubre de 2026
PRESENTADO A: - SUPERVISOR	**Leandro Córdoba**
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	
Para dar cumplimiento al Contrato de Prestación de Servicios N°129 del 10 de septiembre de 2026, me permito presentar informe sobre la gestión realizada en el periodo que corresponde al mes de septiembre y octubre del 10 de septiembre al 09 de octubre, de acuerdo como lo estipula el contrato en mención.	
OBLIGACIÓN No. 1: Ejecutar y aplicar los conocimientos asistenciales propios de auxiliar de enfermería en la atención integral de los pacientes conforme a los protocolos médicos y guías de atención y de acuerdo con la naturaleza de sus actividades para la prestación de los servicios de salud ofertados por el Hospital Santa Roma de Lima E.S.E.,	

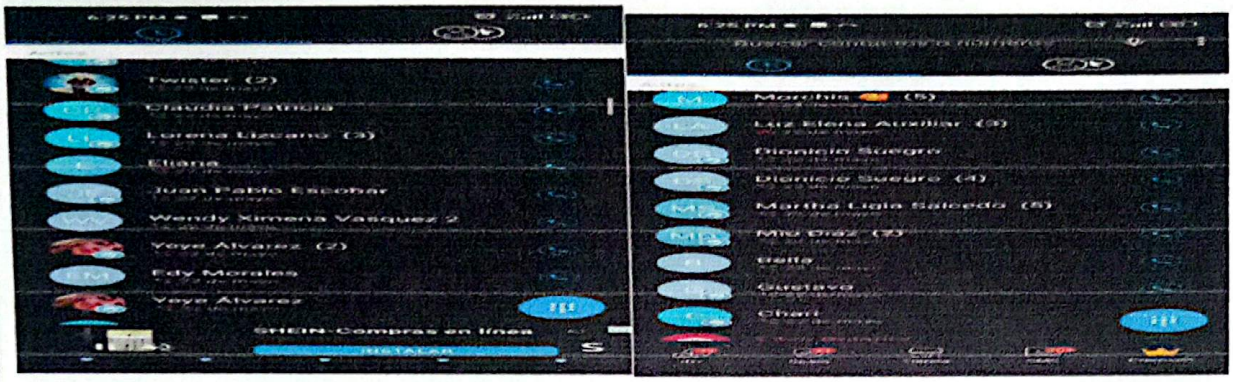
Powered by CamScanner

Se realiza el triage. Se realiza inyectología Se realiza electrocardiograma. Se realiza la administración del medicamento. Se realiza la toma de laboratorio. Se realiza el acompañamiento de paciente en el transporte ambulatorio.
OBLIGACIÓN No. 2: Promover la doctrina de la calidad, humanización, la pertinencia en la atención, seguridad del paciente, la equidad, la eficiencia y la efectividad para que los usuarios del Hospital queden satisfechos por la atención recibida. Se da un trato amable y oportuno teniendo en cuenta el triage, buscando siempre la seguridad del paciente.
OBLIGACIÓN No. 3: Se realiza las notas de enfermería del paciente, se diligencia hoja de gastos, Se realiza diligenciamiento del consentimiento informado, se hace firmar constancia de servicio se envía soporte afiliación activa y se solicita autorizaciones a la eps correspondiente según lo indicado por el médico.
OBLIGACIÓN No. 4: Participar en el seguimiento, verificación y control de los compromisos desarrollando y cumpliendo a cabalidad las metas de promoción y mantenimiento de la salud pactados en los convenios y contratos asistenciales suscritos entre el hospital y las diferentes EPS sin poner en riesgo la integridad de los usuarios. Responder por el pertinente registro clínico en el sistema, por la legalidad de los soportes de su competencia, con el debido y completo diligenciamiento, manteniendo la fuente primaria para soportar correctamente la atención y la facturación de los servicios a las diferentes entidades de salud se realiza canalización de pacientes para vacunación y se realiza seguimiento por medio de registro diario
OBLIGACIÓN No. 5: Realizar actividades asistenciales y de acompañamiento en el traslado de pacientes cuando estos deban ser remitidos a otros prestadores de servicios de salud de mayor nivel de complejidad. Estuve atenta al llamado
OBLIGACIÓN No. 6: Realizar la entrega de turnos correspondiente de acuerdo con el servicio asignado. Presentar informes relacionados con la parte asistencial que se requiera por cualquier entidad que lo exija. Se realiza entrega del servicio con sus respectivos pacientes y paquetes, verificando presencia de equipos e insumos.
OBLIGACIÓN No. 7: Mantener en buen estado los implementos y equipos asignados para la prestación de los servicios de salud y la ejecución del contrato. Se da un adecuado uso a los equipos e implementos de nuestra institución para realizar una excelente prestación de servicios a los usuarios que se atiendan en la institución y garantizar una atención con calidad y humanizada.
OBLIGACIÓN No. 8: Velar por el buen servicio del todas las áreas y servicios que tiene el hospital y vigilar y efectuar el seguimiento del vencimiento de los todos los insumos que tiene el hospital para los diferentes servicios. Se realiza verificación de las fechas de vencimiento de los insumos que tiene el hospital parala prestación de servicios.
OBLIGACIÓN No. 9: Asistir a las diferentes capacitaciones programadas por la empresa y someterse a las evaluaciones periódicas de conocimiento científico y administrativo. Asistí a las capacitaciones programadas cumpliendo con las evaluaciones sobre las mismas, capacitaciones tales como:
OBLIGACIÓN No. 11: Garantizar la disponibilidad al llamado ante la activación del Plan Hospitalario de Emergencias y activación de alertas y/o ante cualquier urgencia y remisión que se presente. Estuve atenta al llamado por parte de mis compañeros de turno cuando requirieron mi apoyo y para remisión de los pacientes en mi turno de ambulancia.
OBLIGACIÓN No. 12: Participar activamente en el proceso de habilitación de la entidad. Participe de los procesos necesarios para que como hospital pudiéramos brindar una atención.

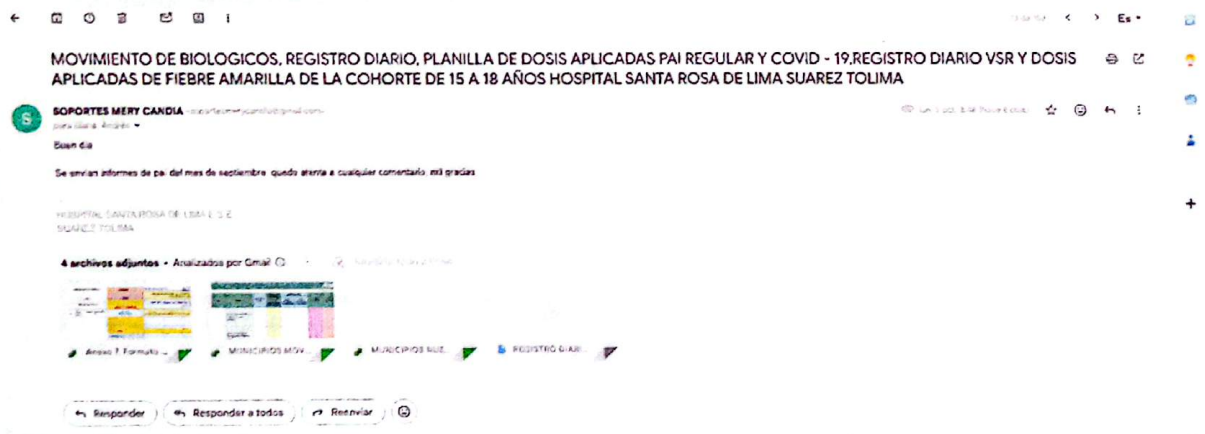
Powered by CamScanner

OBLIGACIÓN No. 13: Realizar las demás actividades que le sean asignadas por quien ejerce la supervisión del contrato acordes con el objeto.
Realice lo indicado por el jefe y gerencia.

-realice demanda inducida telefónica y via whatssap a las cohortes para aumentar coberturas programáticas

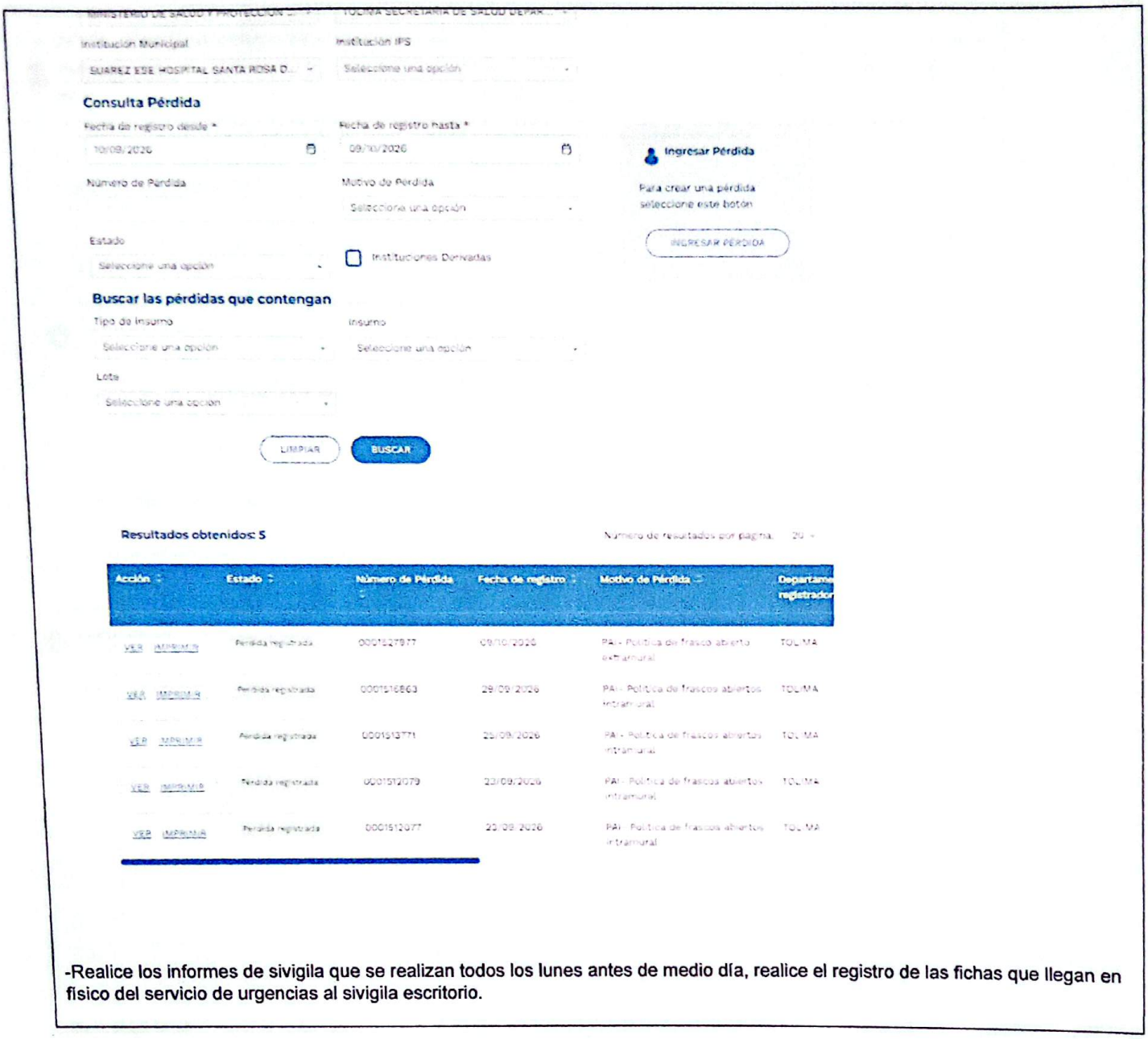


- Realice informes mensuales tales como: dosis aplicadas para el informe de las coberturas mensuales, registro diario, movimiento de biológicos, del esquema de Pai regular y covid, realice el registro de pérdidas de biológicos, el informe de existencia en cava de los biológicos de covid-19, se realiza el informe de saldos de pai regular.



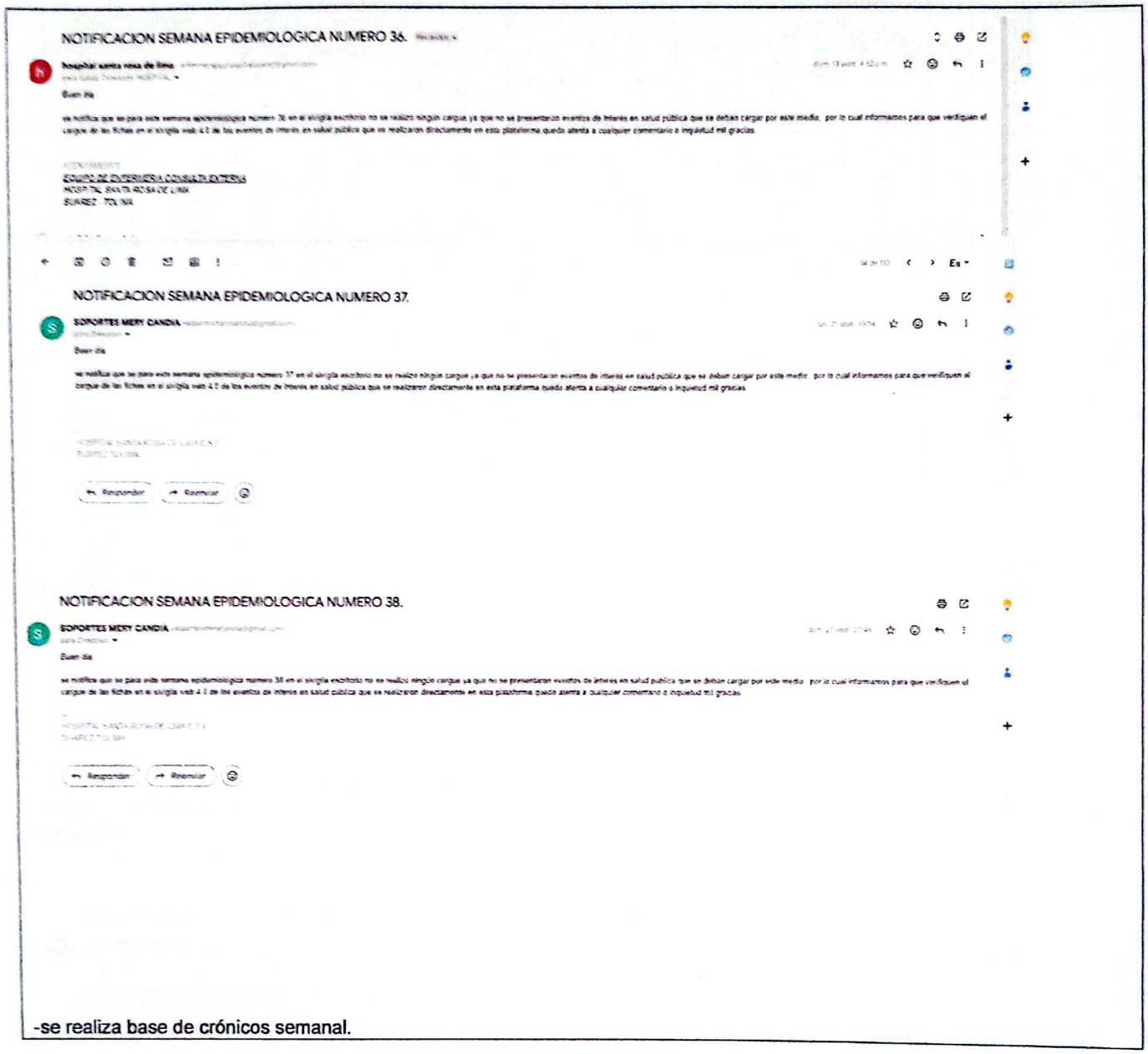
-realizar cargue de las vacunas aplicadas a la plataforma PAIWEB, de la misma manera se realizan las pérdidas de las vacunas no usadas por política de frascos abiertos.

Powered by CamScanner



-Realice los informes de sivigila que se realizan todos los lunes antes de medio día, realice el registro de las fichas que llegan en fisico del servicio de urgencias al sivigila escritorio.

Powered by CamScanner



NOTIFICACION SEMANA EPIDEMIOLOGICA NUMERO 36.

Buen dia

se notifica que se para esta semana epidemiologica numero 36 en el sivigila escritorio no se realizo ningun cargue ya que no se presentaron eventos de interes en salud pública que se deban cargar por este medio, por lo cual informamos para que verifiquen el cargue de las fichas en el sivigila web 4.0 de los eventos de interes en salud pública que se realizaron directamente en esta plataforma quedo atenta a cualquier comentario o inquietud mil gracias

NOTIFICACION SEMANA EPIDEMIOLOGICA NUMERO 37.

SOPORTES MERY CANDIA

Buen dia

se notifica que se para esta semana epidemiologica numero 37 en el sivigila escritorio no se realizo ningun cargue ya que no se presentaron eventos de interes en salud pública que se deban cargar por este medio por lo cual informamos para que verifiquen el cargue de las fichas en el sivigila web 4.0 de los eventos de interes en salud pública que se realizaron directamente en esta plataforma quedo atenta a cualquier comentario o inquietud mil gracias

Responder Reenviar

NOTIFICACION SEMANA EPIDEMIOLOGICA NUMERO 38.

SOPORTES MERY CANDIA

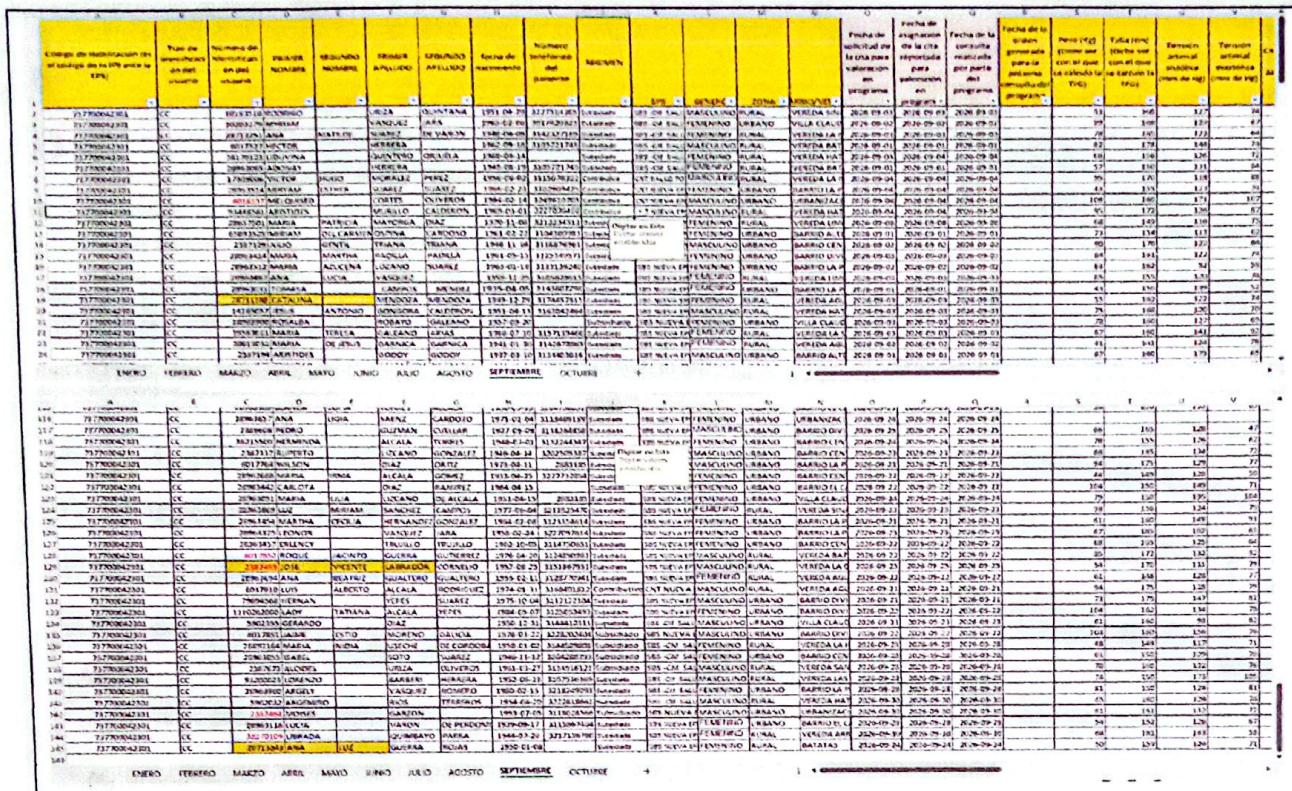
Buen dia

se notifica que se para esta semana epidemiologica numero 38 en el sivigila escritorio no se realizo ningun cargue ya que no se presentaron eventos de interes en salud pública que se deban cargar por este medio por lo cual informamos para que verifiquen el cargue de las fichas en el sivigila web 4.0 de los eventos de interes en salud pública que se realizaron directamente en esta plataforma quedo atenta a cualquier comentario o inquietud mil gracias

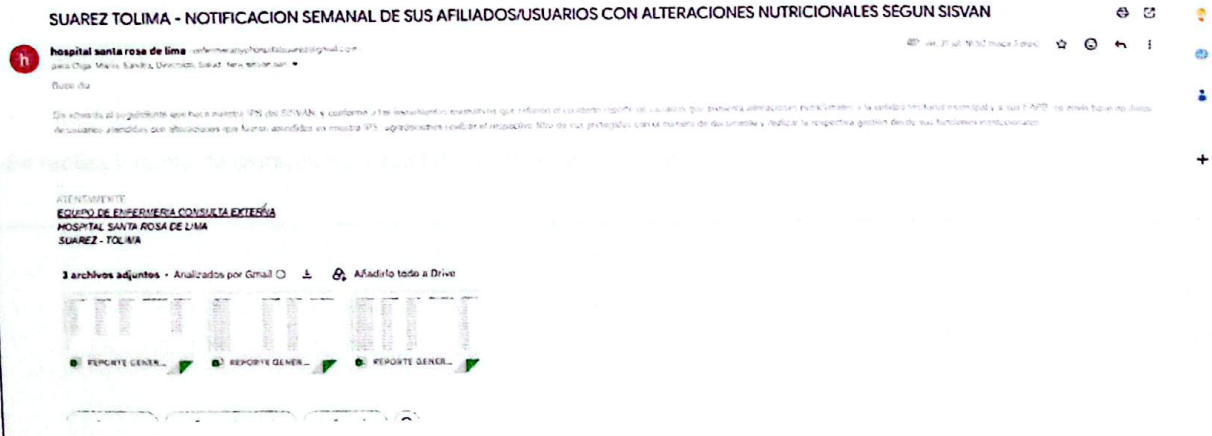
Responder Reenviar

-se realiza base de crónicos semanal.

Powered by CamScanner



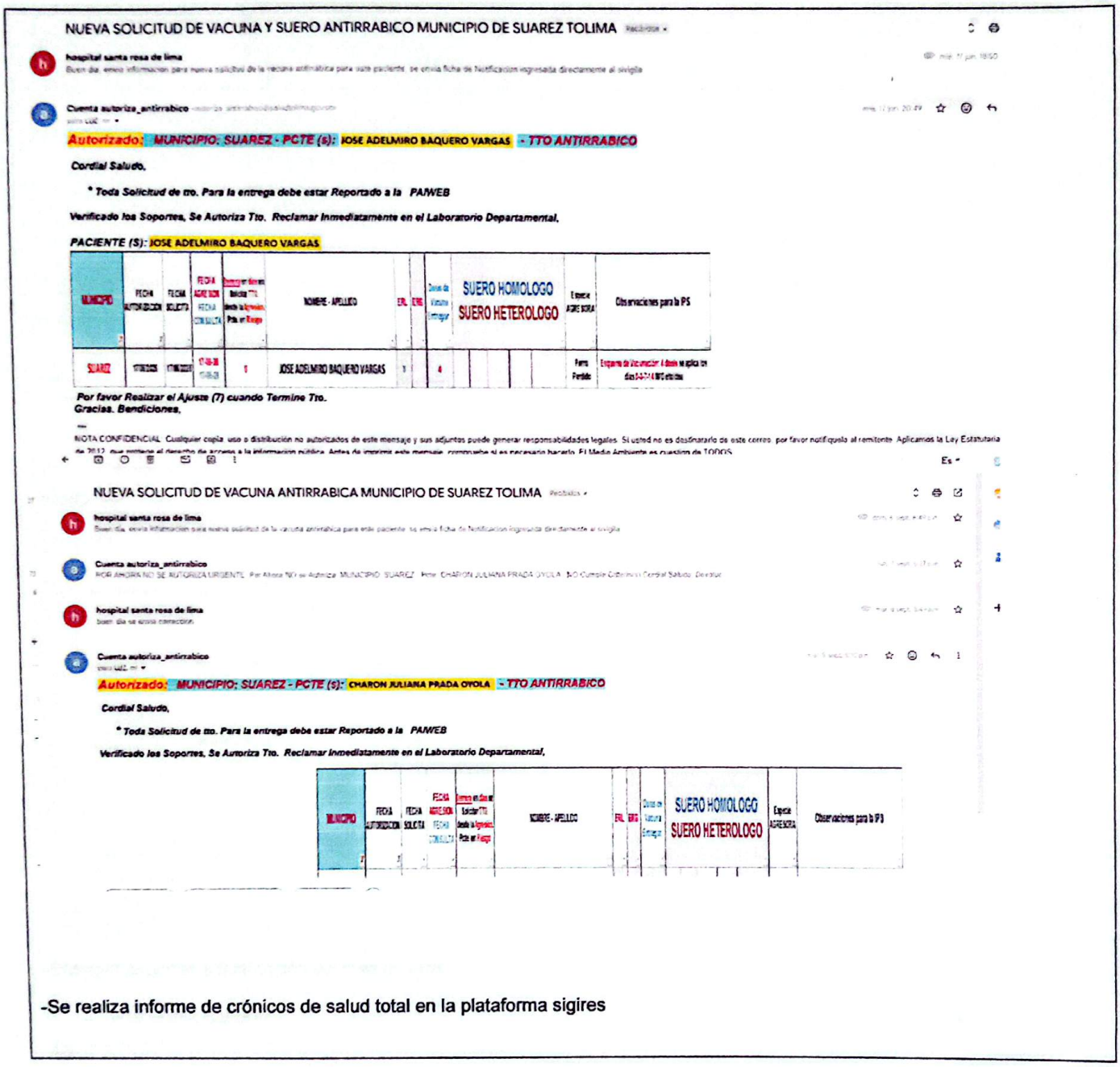
-se realiza cargue de las consultas de promoción y prevención descargadas directamente de la plataforma e historias clínicas SIHOS, realizando el cargue en la plataforma del SISVAN Para la revisión de la clasificación nutricional en cada curso de vida y las gestantes.



-se realiza seguimiento a los pacientes con tratamiento rábico.

Se realiza llamadas telefónicas a los pacientes autorizados para la aplicación de tratamiento.

Powered by CamScanner



NUEVA SOLICITUD DE VACUNA Y SUERO ANTIRRABICO MUNICIPIO DE SUAREZ TOLIMA

hospital santa rosa de lima

Buen dia, envio información para nueva solicitud de la vacuna antirrabica para este paciente se envia ficha de Notificacion ingresada directamente al sivigila

Cuenta autoriza_antirrabico

Autorizado: MUNICIPIO: SUAREZ - PCTE (s): JOSE ADELMIRO BAQUERO VARGAS - TTO ANTIRRABICO

Cordial Saludo,

**** Toda Solicitud de tto. Para la entrega debe estar Reportado a la PAIWEB***

Verificado los Soportes, Se Autoriza Tto. Reclamar Inmediatamente en el Laboratorio Departamental.

PACIENTE (S): JOSE ADELMIRO BAQUERO VARGAS

MUNICIPIO	FECHA AUTORIZACION	FECHA SOLICITO	FECHA AGRESION FECHA CONSULTA	Tiempo en dias Iniciar TTO desde la Agresion. Pcte ar Riesgo	NOMBRE - APELLIDO	ERI	ERO	Dosis de Vacuna Semana	SUERO HOMOLOGO SUERO HETEROLOGO	Especie AGRESORA	Observaciones para la PS
SUAREZ	17/06/2025	17/06/2025	17-06-25 17-06-25	1	JOSE ADELMIRO BAQUERO VARGAS	1		4		Perro Perdido	Esquema de Vacunación A dosis se aplica los dias 3-7-14 y 90 calendario

Por favor Realizar el Ajuste (7) cuando Termine Tto.
Gracias. Bendiciones,

NOTA CONFIDENCIAL. Cualquier copia, uso o distribución no autorizados de este mensaje y sus adjuntos puede generar responsabilidades legales. Si usted no es destinatario de este correo, por favor notifíquelo al remitente. Aplicamos la Ley Estatutaria de 2012, que protege el derecho de acceso a la información pública. Antes de imprimir este mensaje, compruebe si es necesario hacerlo. El Medio Ambiente es cuestión de TODOS.

NUEVA SOLICITUD DE VACUNA ANTIRRABICA MUNICIPIO DE SUAREZ TOLIMA

hospital santa rosa de lima

Buen dia, envio información para nueva solicitud de la vacuna antirrabica para este paciente se envia ficha de Notificacion ingresada directamente al sivigila

Cuenta autoriza_antirrabico

POR AHORA NO SE AUTORIZA URGENTE. Por Ahora NO se Autoriza MUNICIPIO: SUAREZ. Pcte: CHARON JULIANA PRADA OYOLA. NO Cumple Criterios. Cordial Saludo. Director

hospital santa rosa de lima

buen dia se envia correccion

Cuenta autoriza_antirrabico

Autorizado: MUNICIPIO: SUAREZ - PCTE (s): CHARON JULIANA PRADA OYOLA - TTO ANTIRRABICO

Cordial Saludo,

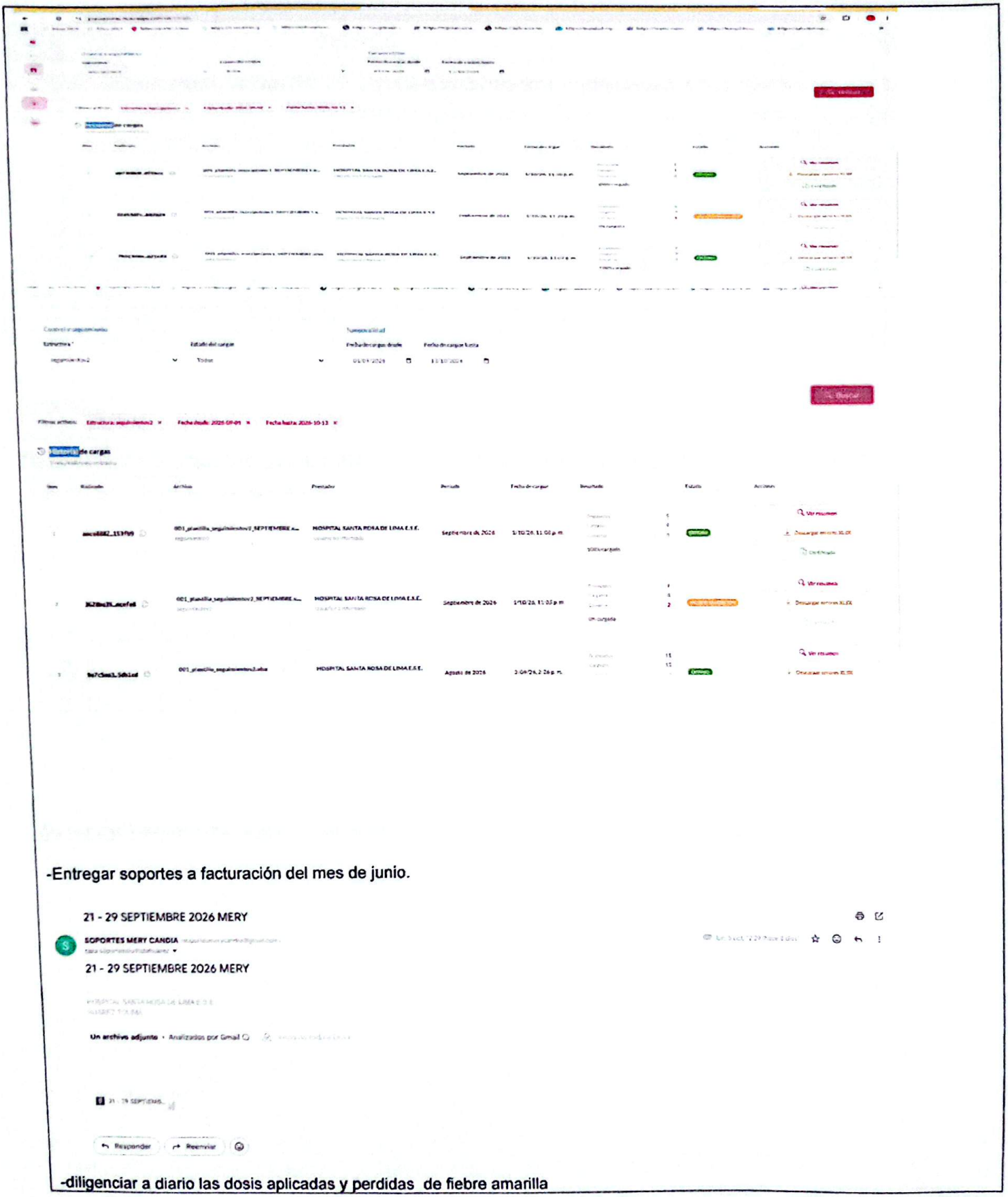
**** Toda Solicitud de tto. Para la entrega debe estar Reportado a la PAIWEB***

Verificado los Soportes, Se Autoriza Tto. Reclamar Inmediatamente en el Laboratorio Departamental.

MUNICIPIO	FECHA AUTORIZACION	FECHA SOLICITO	FECHA AGRESION FECHA CONSULTA	Tiempo en dias Iniciar TTO desde la Agresion. Pcte ar Riesgo	NOMBRE - APELLIDO	ERI	ERO	Dosis de Vacuna Semana	SUERO HOMOLOGO SUERO HETEROLOGO	Especie AGRESORA	Observaciones para la PS

-Se realiza informe de crónicos de salud total en la plataforma sigires

Powered by CamScanner



-Entregar soportes a facturación del mes de junio.

21 - 29 SEPTIEMBRE 2026 MERY

SOPORTES MERY CANDIA

21 - 29 SEPTIEMBRE 2026 MERY

Un archivo adjunto • Analizados por Gmail

Responder Reenviar

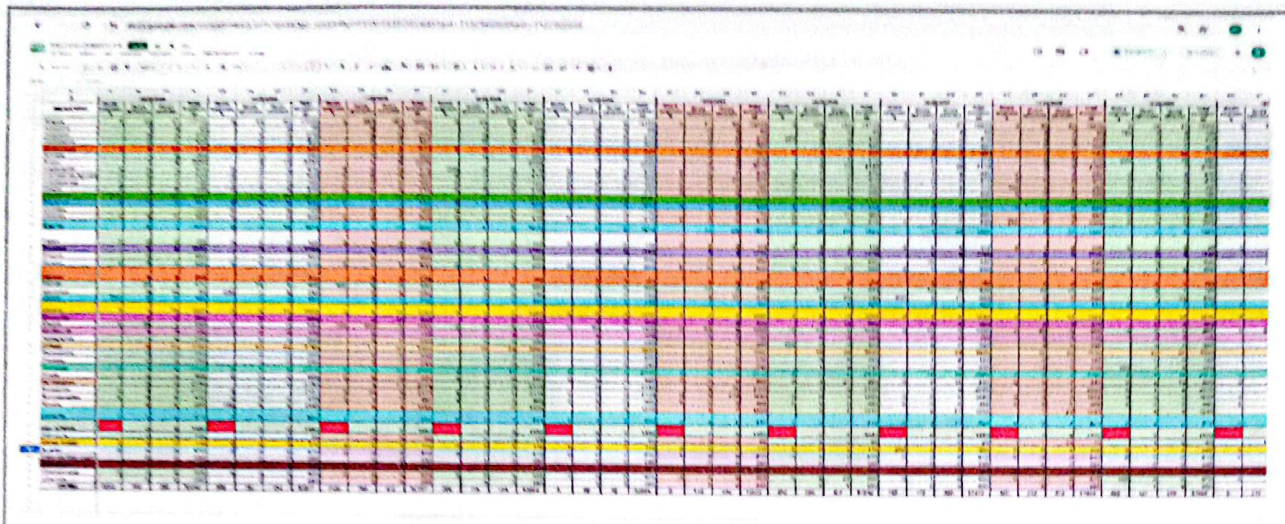
-diligenciar a diario las dosis aplicadas y perdidas de fiebre amarilla

Powered by CamScanner

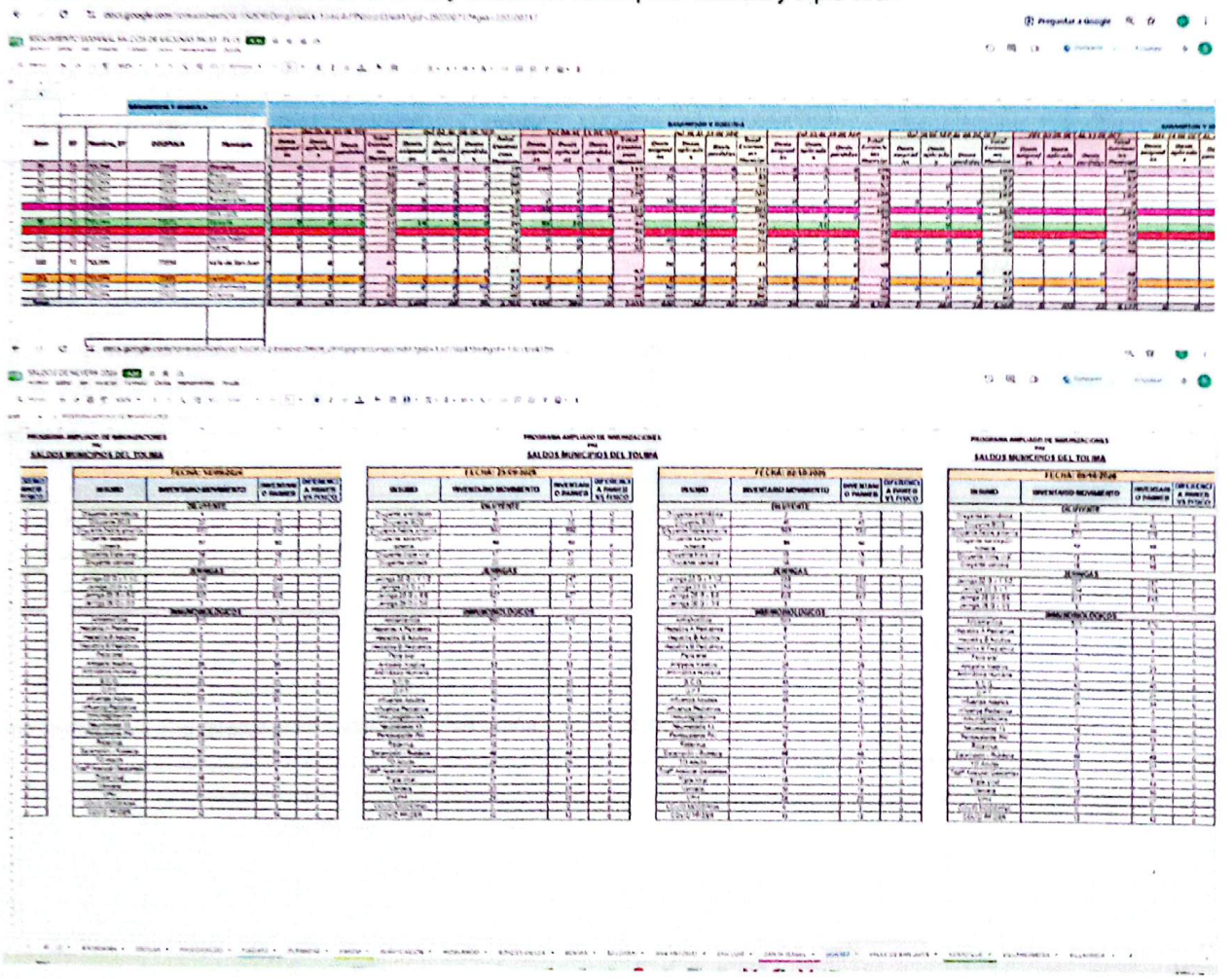


-Se realizan informes para cargue a la plataforma de nueva eps.

Powered by CamScanner

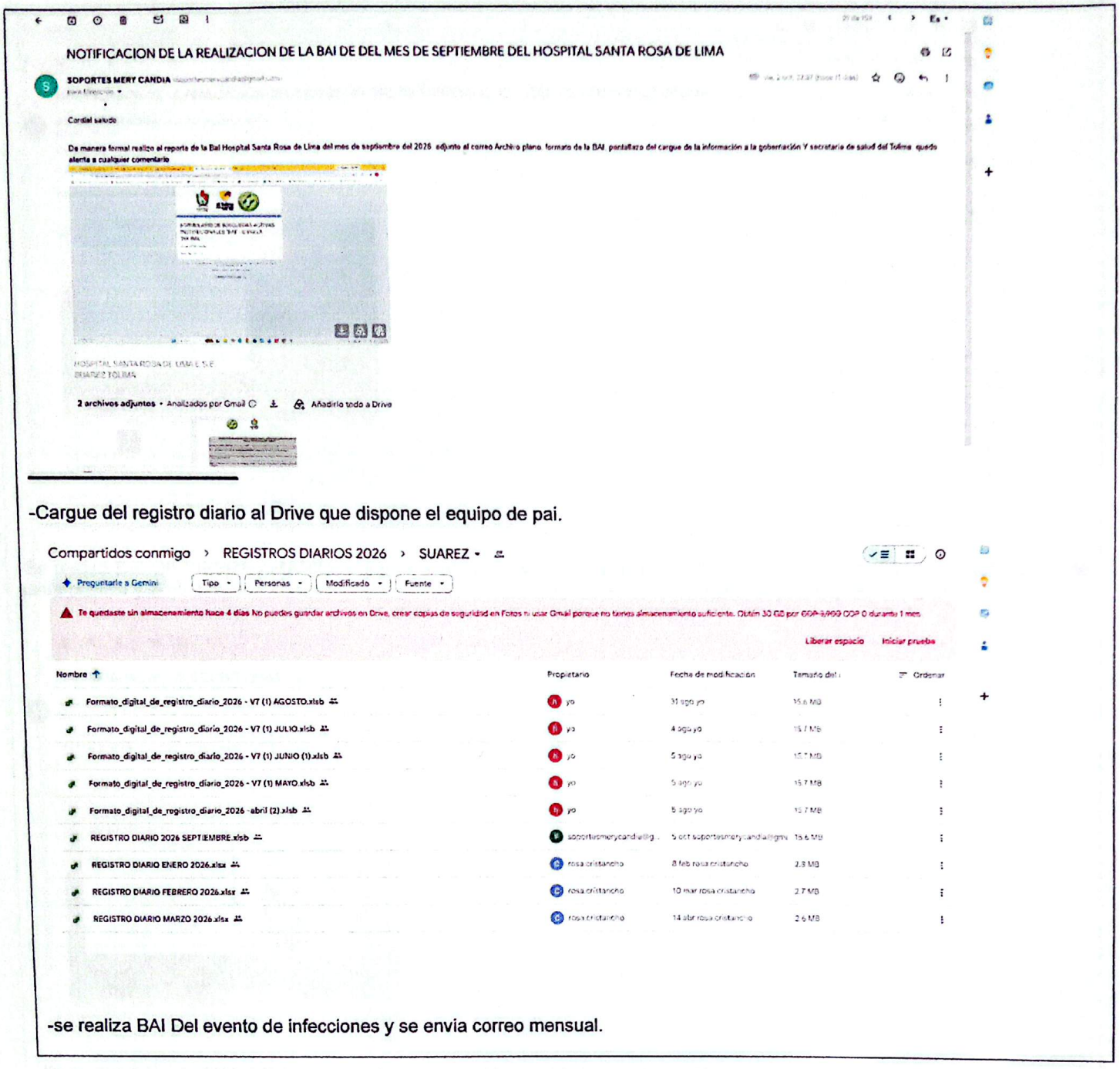


-Diligenciar semanal los saldos de la cava y saldos de sarampión- rubeola y triple viral.



-Se realiza informe de búsqueda activa institucional mensual con los rips totales y se envia via correo a salud publica.

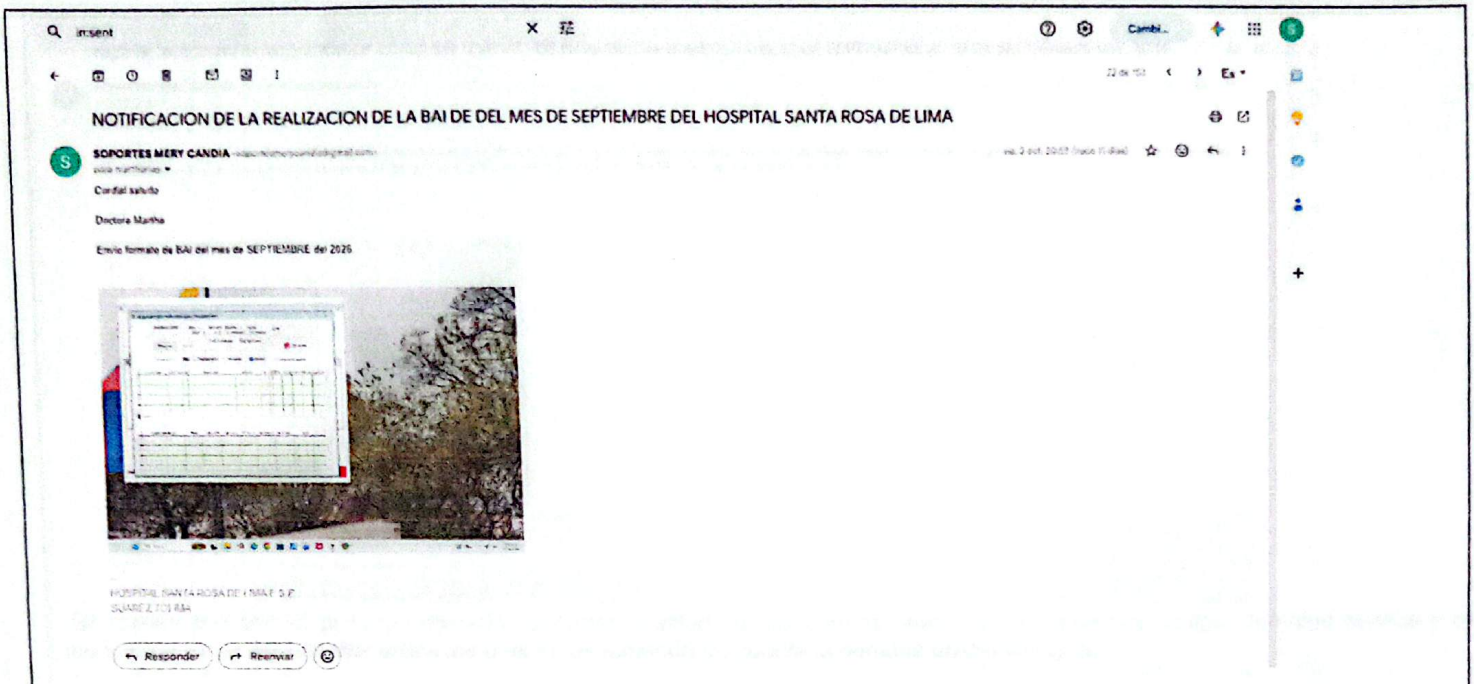
Powered by CamScanner



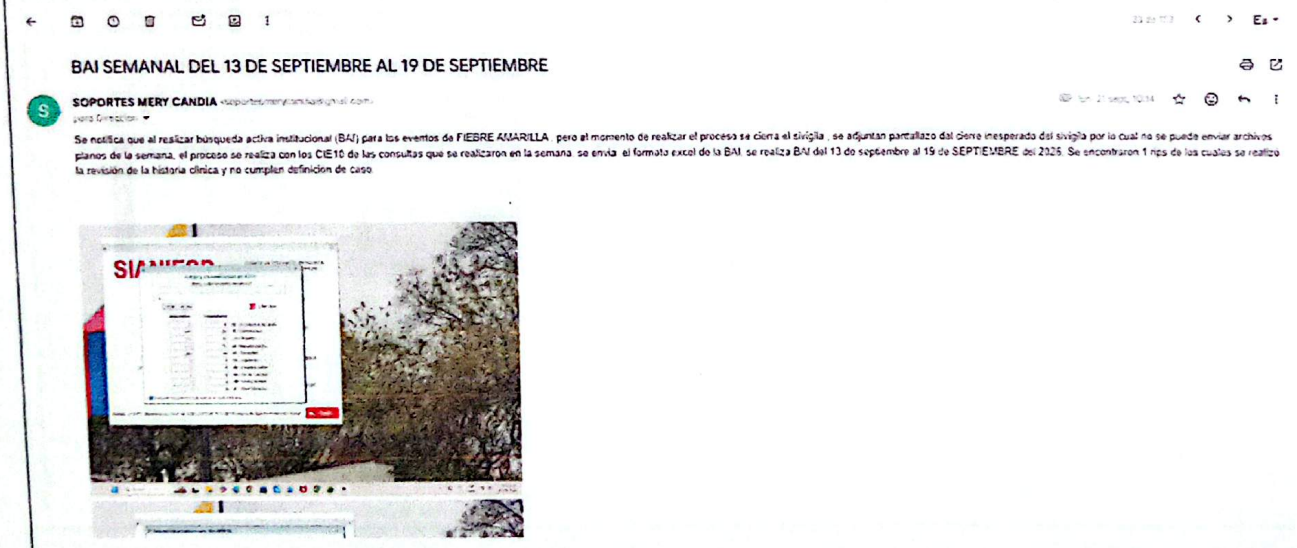
-Cargue del registro diario al Drive que dispone el equipo de pai.

-se realiza BAI Del evento de infecciones y se envia correo mensual.

Powered by CamScanner



-Se realiza BAI DE FIEBRE AMARILLA para ser enviada via correo a salud publica y se os reunimos con la técnico sivigila de salud pública y el medico de turno del hospital todos los días lunes teniendo encuenta la semana epidemiológica.



-Se realiza BAI SARMAPION RUBEOLA para ser enviada via correo a salud publica y se os reunimos con la técnico sivigila de salud publica y el medico de turno del hospital todos los días lunes teniendo encuenta la semana epidemiológica.

Powered by CamScanner

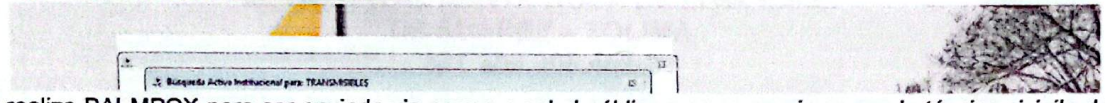
NOTIFICACION DE REALIZACION DE LA BAI DEL EVENTO DE SARAMPION-RUBEOLA DEL 13 DE SEPTIEMBRE AL 19 DE SEPTIEMBRE DEL 2026.

SOPORTES MERY CANDIA

Cordial saludo

Se notifica que al realizar busqueda activa institucional (BAI) para los eventos de SARAMPION-RUBEOLA ningún rips cumple criterio con los diagnósticos diferenciales cargados previamente al sivigila para identificar estos eventos. se adjunta pantallazo donde indica 0 rips compatibles con estos eventos. se adjuntan rips y el formato excel de la BAI. se realiza BAI del 13 de SEPTIEMBRE al 19 de SEPTIEMBRE del 2026





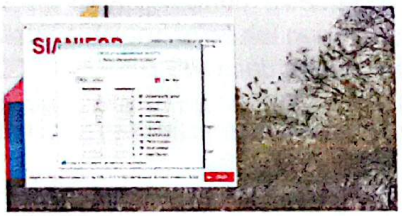
-Se realiza BAI MPOX para ser enviada via correo a salud pública y se os reunimos con la técnico sivigila de salud pública y el medico de turno del hospital todos los días lunes teniendo en cuenta la semana epidemiológica.

NOTIFICACION DE REALIZACION DE LA BAI DEL EVENTO DE MPOX DEL 13 DE SEPTIEMBRE AL 19 DE SEPTIEMBRE DEL 2026.

SOPORTES MERY CANDIA

Cordial saludo

Se notifica que al realizar busqueda activa institucional (BAI) para los eventos de MPOX, ningun rips cumple criterio con los diagnosticos diferenciales cargados previamente al sivigila para identificar estos eventos. se adjunta pantallazo donde indica 0 rips compatibles con estos eventos. se adjuntan rips y el formato excel de la BAI. se realiza BAI del 13 de SEPTIEMBRE al 19 de SEPTIEMBRE del 2026



Firmado en Suarez, 13 del mes de octubre del (2026)

Veronica Tamayo

Firma del contratista

Cedula 1003652465

Powered by CamScanner

Suarez (Tolima) 13 de octubre del 2026.

CUENTA DE COBRO

EL HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA E.S.E.
DE SUAREZ – TOLIMA
NIT 809.005.452-3

ADEUDA A:

A, **Michelle Verónica Tamayo Botache,** identificada con CC 1.003.652.465 de Silvania, la suma de **Dos millones trescientos mil pesos ($2.300.000)**, por concepto del pago de prestación de servicios del período comprendido entre el 10 de Septiembre al 09 de octubre del 2026, dentro del contrato de prestación de servicios N. 129 del 10 de septiembre del 2026, cuyo objeto es CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION DE UN AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA DE SUAREZ TOLIMA E.S.E.

Veronica Tamayo
MICHELLE VERONICA TAMAYO BOTACHE
C. C 1.003.652.465

Powered by CamScanner

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 1003652465		TAMAYO MICHELLE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 4 4 80	SUAREZ-TOLIMA	3027412153	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2026-09	2026-09	48016139	9512648302	I	2026/10/16	2026/10/13	BANCO DE OCCIDENTE	0	$355,900

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)					$1,225,634	$196,200			$1,225,634	$153,300			$0	$0			$1,225,634	$6,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,225,634	$196,200			$1,225,634	$153,300			$0	$0			$1,225,634	$6,400		$0	$0
Ciudad: SUAREZ Depto: TOLIMA (1 Afiliados)					$1,225,634	$196,200			$1,225,634	$153,300			$0	$0			$1,225,634	$6,400		$0	$0
1	CC 1003652465	TAMAYO MICHELLE	230201	21	$1,225,634	$196,200	EPS002	21	$1,225,634	$153,300		0	$0	$0	14-25	21	$1,225,634	$6,400	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,225,634	$196,200			$1,225,634	$153,300			$0	$0			$1,225,634	$6,400		$0	$0

Powered by CamScanner

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 1003652465		TAMAYO MICHELLE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 4 4 80	SUAREZ-TOLIMA	3027412153	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2026-09	2026-09	48016139	9512648302	I	2026/10/16	2026/10/13	BANCO DE OCCIDENTE	0	$355,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VA
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$196,200	$0					$0	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$196,200	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,400	$0					$0	
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$6,400	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$153,300	$0					$0	
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$153,300	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$355,900	$0	$0	$0	$0	$0	$0	

Powered by CamScanner

en línea

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$196,200
$196,200
$6,400
$6,400
$153,300
$153,300
$355,900

Powered by CamScanner

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 1003652465		TAMAYO MICHELLE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 4 4 80	SUAREZ-TOLIMA	3027412153	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-10	2026-10	23040078	9512648412	I	2026/11/18	2026/10/13	BANCO DE OCCIDENTE	0	$152,600

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)					$525,272	$84,100			$525,272	$65,700			$0	$0			$525,272	$2,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$525,272	$84,100			$525,272	$65,700			$0	$0			$525,272	$2,800		$0	$0
Ciudad: SUAREZ Depto: TOLIMA (1 Afiliados)					$525,272	$84,100			$525,272	$65,700			$0	$0			$525,272	$2,800		$0	$0
1	CC	1003652465	TAMAYO MICHELLE	230201	9	$525,272	$84,100	EPS002	9	$525,272	$65,700		0	$0	$0	14-25	9	$525,272	$2,800	0	$0	$0
Total Afiliados(1)						$525,272	$84,100			$525,272	$65,700			$0	$0			$525,272	$2,800		$0	$0

Powered by CamScanner

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 1003652465		TAMAYO MICHELLE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 4 4 80	SUAREZ-TOLIMA	3027412153	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2026-10	2026-10	23040078	9512648412	I	2026/11/18	2026/10/13	BANCO DE OCCIDENTE	0	$152,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VA
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$84,100	$0					$0	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$84,100	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$2,800	$0					$0	
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$2,800	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$65,700	$0					$0	
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$65,700	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$152,600	$0	$0	$0	$0	$0	$0	

Powered by CamScanner

en línea

Resumen General de Pago

OR A PAGAR
$84,100
$84,100
$2,800
$2,800
$61,700
$61,700
$152,600

Powered by CamScanner