		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y LUIS GABRIEL BUITRAGO MONSALVE					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			80.231.229		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO PEDIATRA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 1805 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
				2/01/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$	51.704.240	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	TRES (03) MESES (29) VEINTINUEVE DIAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	51.704.240	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$	19.389.090
Nº DE INFORME:	3	Nº CRP:	6413	Nº CDP:	1
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		TRES (03) MESES (29) VEINTINUEVE DIAS			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			2MI HOSPITAL MATERNO INFANTIL		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA-MEDICO ESPECIALISTA CODIGO 213 GRADO 32		
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	0	PRORROGAS
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:
III. POLIZAS (SI APLICA)					
Nº DE PÓLIZA:	N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	N/A	
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA		FECHA DE APROBACIÓN:	N/A	
ITEM	IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)				
1	Realizo las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo de su especialidad, con un alto nivel científico, ético y humano, de una manera oportuna y pertinente, en correspondencia con las necesidades de los pacientes, y teniendo en cuenta que todas las decisiones clínicas generadas en la atención médica procurarán el mejoramiento de la salud del paciente.				
2	Brindo una atención en salud con oportunidad, integridad, suficiencia y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada, cumpliendo el principio de equidad y con énfasis en actividades, procedimientos, protocolos, intervenciones y guías de atención, de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación.				
3	Realizo las actividades según las necesidades de la subred dando cobertura en todas las Unidades en donde se presta el servicio y sea requerido.				
4	Informo al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, generando un alto grado de satisfacción sobre los servicios prestados, resolviendo inquietudes relacionadas con el proceso de atención.				
5	Diligencio los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones, que permita mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.				
6	Respeto los derechos del paciente, cumplir el código de ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se preste la atención.				
7	Realizo el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación e impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados.				
8	Emito conceptos médicos que se requieran, de conformidad a su especialidad, realizar resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados.				
9	Diligencio en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema), los formatos, la historias clínicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoría y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con la firma.				
10	Garantizo la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos.				
11	Utilizo de manera adecuada los equipos, elementos e instalaciones y los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposición o reparación cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulación de los mismos.				
12	Reporto al área de Recursos Físicos – Activos Fijos de la SUBRED, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades asistenciales.				
13	Respondo por la seguridad de los equipos que se encuentren bajo su custodia.				
14	Apoyo la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio.				
15	Presto el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EAPB.				

16	Notifico los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso de atención al paciente y apoyar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.
17	Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.
19	Apoyo las actividades de docencia de servicio en la revista médica u otro espacio dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio, para el desarrollo y formación del recurso humano en salud.
20	Educo a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad.
21	Asisto a las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado.
22	Informo oportunamente al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones
23	Facilito las labores de supervisión, evaluación y control que la SUBRED realice en forma directa por la Subdirección de Servicios de Salud, la Oficina de Calidad y/o a través de terceros.
24	Cumplo oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad.
25	Acredito inscripción en el RETHUS, MIPRES y RUAF
26	Presto el servicio de conformidad con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	84424194	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	10/03/2025	\$ 1.162.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	10/03/2025	\$ 1.581.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	10/03/2025	\$ 226.600
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 2.970.100

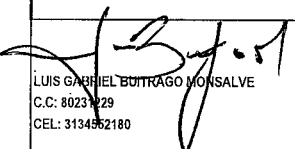
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo 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 afiliación a eps, arl, pensión, 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


 LUIS GABRIEL BUITRAGO MONSALVE
 C.C: 80231229
 CEL: 3134552180



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

CÓDIGO: AP-IA-FI-078
VERSIÓN: 2
FECHA: 2024-09-16

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

LUIS GABRIEL BUITRAGO MONSALVE

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 80.231.229

I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO PEDIATRA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES
No. PS 1805 2025 FECHA INICIO CONTRATO 2/01/2025

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 51.704.240 VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 19.389.090

Nº PAGO / Nº DE INFORME: 3 DE 3 Nº CRP INICIAL: 6413 Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO 1

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS TRES (03) MESES (29) VEINTINUEVE DÍAS

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL: 84424194 OPERADOR: MI PLANILLA

PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES: DIRECCIÓN HOSPITALIZACIÓN

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: 2MI HOSPITAL MATERNO INFANTIL

NOMBRE DEL SUPERVISOR: XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA-MEDICO ESPECIALISTA CODIGO 213 GRADO 32

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº 0	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRORROGA):	ADICIÓN 0	PRORROGA 0
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:

III. PÓLIZAS (SI APLICA)

Nº DE PÓLIZA: XX NOMBRE DE LA ASEGURADORA: XX
FECHA DE LA PÓLIZA DD/MM/AAAA ACTO ADMINISTRATIVO DE XX

IV. VERIFICACIÓN DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERÍODO 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 cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (1/03/2025) AL (31/03/2025)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERÍODO DE PAGO:

XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA
CARGO: MEDICO ESPECIALISTA CODIGO 213 GRADO 32

YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ
CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05



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-014
VERSIÓN: 6
FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/03/2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	LUIS GABRIEL BUITRAGO MONSALVE	CC:	80231229
CORREO ELECTRÓNICO:	LUISGABRI80@HOTMAIL.COM	RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 106A 20 75	TELÉFONO:	3134552180
		CIUDAD:	BOGOTÁ

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.

NO tomaré costos y deducciones	(X)
SI tomaré costos y deducciones	()

La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y párrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.

Régimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación

SI ()

NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	092510270
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)	DAVIVIENDA				

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

Nº DEL CONTRATO:	PS 1805 2025	Nº CDP:	1	Nº. RP:	6413	TRES (03) MESES (29) VEINTINUEVE DÍAS
------------------	--------------	---------	---	---------	------	--

FECHA DE INICIO CONTRATO	2/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/04/2025	VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 51704240
--------------------------	-----------	-----------------------------------	------------	--

PERIODO OBJETO DE COBRO: DEL 1/03/2025 AL 31/03/2025

VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$	19.389.090
	DIECINUEVE MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL NOVENTA PESOS M/CTE	

LUIS GABRIEL BUITRAGO MONSALVE

80231229

3134552180

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :

c4018b581e9e75dbe26c8ed19ec29d0cc1a52dc6180fda5be0d20ca9586e1d6a1cefb91ca26240635a0fa2f00b92448d

Número de Factura: FV-178

Forma de pago: Contado

Fecha de Emisión: 13/03/2025

Medio de Pago: Transferencia Débito Bancaria

Fecha de Vencimiento: 31/03/2025

Orden de pedido:

Tipo de Operación: 10 - Estándar

Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: BUITRAGO MONSALVE LUIS GABRIEL

Nombre Comercial: BUITRAGO MONSALVE LUIS GABRIEL

Nit del Emisor: 80231229

País: Colombia

Tipo de Contribuyente: Persona Natural

Departamento: Bogotá

Régimen Fiscal: O-47

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

Dirección: CL 106 A 20 75 AP 401 ED PLACE ANTIQUE

Actividad Económica: 8621

Teléfono / Móvil: 3134552180

Correo: luisgabri80@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Tipo de Documento: NIT

País: Colombia

Número Documento: 900959051

Departamento: Bogotá

Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Régimen fiscal: O-15

Dirección: DG 34 5 43

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

Teléfono / Móvil: 3444484

Correo:

radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	1	Servicios médicos prestados como pediatra en la unidad neonatal IMI	NIU	210,00	\$ 92.329,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 19.389.090,00

Notas Finales

PERIODO FACTURADO DEL 1RO DE MARZO AL 31 DE MARZO DE 2025

Linea de negocio: 80231229_01_PRI_CON_2

Datos Totales



Documento generado el:
13/03/2025 08:20:45
Documento validado por la
DIAN:
13/03/2025 08:20:46
XML Generado por: Solución
Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por:
Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	19389090
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	19389090
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	19389090
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 19389090

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	19.389.090,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	19.389.090,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	19.389.090,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 19.389.090,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764083354111 Rango desde: 160 Rango hasta: 200 Vigencia: 2025-05-13

DATOS DEL APORTANTE							EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	
CC	80231229	LUIS GABRIEL BUITRAGO MONSALVE		calle 23d N 80 B 82	80 77725507	luisgabrito@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN ÚNICA	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		NO
	1 – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.		

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD		
				EMPLEADOS	UPC	
				1	0	
PERIODO SALUD				TOTAL A PAGAR		
2025-02	2025-02	I	10/03/2025	84,424.194		
				\$2,970.100		

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD			
Código EPS	Nombre	NIT	Contratación Obligatoria
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	1.162.500

Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
	0		0	0	0	0	1,162,500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora Cotización	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpersiones	900338004-7	1,488,000	0	0	46,500	46,500	0	0		1,581,000	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	226.600				226.600	0	0	226.600			2.266	226.600	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	1.162.500	1.162.500
Pensión	1	1.581.000	1.581.000
Riesgos Laborales	1	226.600	226.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2.970.100	2.970.100