

INFORME DE CONTRATISTA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Número del Contrato:	CO1.PCCNTR.6074906		
Objeto del Contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN EN SALUD DE LA POBLACIÓN CONDUCTIDA AL CENTRO DE TRASLADO POR PROTECCIÓN (CTP) DEL MUNICIPIO DE CHIA.		
Contratista:	NATALIA OSPINA TORRES		
No. de Cedula	1.072.649.584		
Fecha Inicio del Contrato	11/03/2024	Fecha de Terminación	10/08/2024
Periodo del Informe	11 JULIO AL 10 AGOSTO 2024		

DOCUMENTO SOPORTE DE PAGO	
Valor total del Contrato	\$15.000.000
Valor a Pagar en este periodo	\$3.000.000
Saldo por Pagar	\$3.000.000
Pago No.	5

CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS VIGENTES		
A la fecha de presentación del presente informe y documento soporte de pago, BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO, manifiesto que tengo vigentes los siguientes contratos adicionales de prestación de servicios, y que realicé el pago de aportes al SSI sobre el 40% del total de los ingresos mensuales así:		
ENTIDAD CONTRATANTE	VALOR MENSUAL DE LOS INGRESOS	FECHA INICIO / FECHA TERMINACIÓN CONTRATO
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA

RELACIÓN DE DOCUMENTOS APORTADOS QUE ACREDITAN PAGOS APORTES A LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES.			
Tipo de aporte	Planilla N°	Mes al que corresponde el aporte	Valor Pagado
Salud: SANITAS	4560614301	JULIO 2024	\$162.500
Pensión: COLPENSIONES			\$208.000
ARL: SURA			\$TOTAL:370.500

RELACIÓN DE DOCUMENTOS APORTADOS QUE ACREDITAN PAGOS APORTES A LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES.			
Tipo de aporte	Planilla N°	Mes al que corresponde el aporte	Valor Pagado
Salud: SANITAS	4564415263	AGOSTO 2024	\$ 162.500
Pensión: COLPENSIONES			\$208.000
ARL: SURA			\$TOTAL:370.500

En cumplimiento de las obligaciones establecidas en el contrato No. CO1.PCCNTR.6074906, me permito relacionar **las actividades ejecutadas** durante el periodo **11 JULIO AL 10 AGOSTO 2024**, en mi condición de contratista conforme a lo siguiente:

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS	ACTIVIDADES DESARROLLADAS
1-Llevar la caracterización de las personas conducidas por la policía al centro de traslado por protección (C.T.P), con el diligenciamiento del formato de informe individual de conducción en la parte relacionada	Se realiza a los conducidos, trasladados al centro de traslado por protección el respectivo diligenciamiento formato individual de traslado del protegido, que son ingresados por policía durante el turno, al mismo tiempo se le realiza una revisión cefalocaudal (se revisa la integridad del estado físico de cabeza a pies del conducido) aprovechando el momento de la requisa. Se realiza la toma de signos vitales los cuales evalúan (tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y temperatura corporal) en caso de ser femenina se le pregunta su última fecha de menstruación y que método de planificación utiliza.

con el estado de salud del conducido, con base en un estado físico y toma de signos vitales.	Por otro lado, durante el proceso del ingreso se observa su estado de ánimo de comportamiento y si se encuentra orientado en espacio y lugar si responde las preguntas del formato individual correctamente. Ingreso hombres:72 Ingreso mujeres: 2 Ingresos extranjeros:8 Total de ingresos: 74
2-Llevar un registro de ingreso y salida, en el cual se evidencia que no hay afectación de la salud del Personal conducido, realizando un informe final de su estado de salud antes de salir del Centro de Traslado por Protección (CTP).	Se verifica el estado físico y de salud del conducido realizando una última revisión por enfermería observando cefalocaudal (revisión cabeza a pies) teniendo en cuenta piel, se encuentre integra .se tomará nuevamente signos vitales si se requiere. Al conducido también se le pregunta sobre su estado de salud y se evaluar orientación en persona, tiempo y espacio. ya cumplido con el tiempo de establecido de detención, se efectúan las correspondientes anotaciones en la historia clínica de egreso, la cual es firmada por el conducido. <i>Este mes se da salida antes del tiempo establecido por:</i>  Remisión a clínica la sabana de protegido con Dx de esquizofrenia paranoide en compañía de hermano formato # 1013.  Remisión a hospital san Antonio de chía para toma de prueba de tuberculina a protegido que presenta síntomas de tuberculosis #1014. Total de egresos:49 protegidos
3- Tomar las medidas de protección necesarias para asegurar la atención oportuna a los conducidos, en caso de ser necesario	Previo al ingreso del conducido se procede al uso del tapaboca o protector naso bucal por parte del trabajador en salud, también realizando antes durante y después del procedimiento del ingreso la aplicación del gel antibacterial realiza la toma de signos vitales de los conducidos, si es de ser necesario hacer uso de guantes y bata en caso de realizar una curación y/o lavado al conducido. También se solicita lavado de manos a la salida del protegido para firma del formato. Se realizan lavado de manos 40 protegidos para firma de salida.
4-Prestar apoyo respecto a los estados de los conducidos sin poner en riesgo su integridad ni la de ninguna de las personas de apoyo o del conducido.	Se da cumplimiento de los turnos asignados según coordinacion,realizacion de las actividades derivadas del objeto contractual: como toma de signos vitales de los conducidos, prestación de primer auxilio en caso de que lo requiera, observar el buen estado física del conducido, diligenciar correctamente formatos de enfermería, verificación del adres y Sisbén ,hacer seguimiento al estado de salud de los conducidos ,verificar su estado emocional o mental para así remitirlo al profesional de turno en caso de que lo necesite, durante la ejecución del turno asignado. Remisiones a psicología:  Este mes se remite 02 casos de presuntas violencias intrafamiliares.  Remito caso de presunto intento de autoagresión.  Toma de oximetría a protegido reincidente con neumonectomia durante su estadia.
5- Solicitar a la Dirección de Seguridad y Convivencia Ciudadana de la Secretaría de Gobierno disponer de los elementos y equipos necesarios para la toma de los signos vitales de los usuarios del Centro de Traslado por Protección (CTP) y responder por	Se cuenta y se hace uso correcto de tensiómetro para toma de tensión arterial, pulsioxímetro para la toma de frecuencia cardiaca y oxigenación en la sangre y de termómetro para la toma de temperatura corporal en caso de que lo requiera. También se hace uso de la enfermería la cual se encuentra adaptada para prestar un primer auxilio que consta de camillas y un botiquín con los insumos necesarios. Nota: este mes se toman signos vitales a 30 protegidos ya que el restante no lo permiten o se encuentran en alto grado de exaltación.

ellos llevando un registro en el inventario.	
6-Realizar cuatro (04) charlas mensuales a la comunidad del Municipio de Chía, haciendo énfasis en los conocimientos del procedimiento legal del centro de traslado por Protección (CTP). Deben sustentarse mediante listas de asistencia, álbum fotográfico y actas de las socializaciones de cada charla.	1 charla brigada: Realizo charla dirigida a comunidad en el parque de chía en brigada acompañados por secretaria de salud. Donde explico que es el c.t.p en donde se encuentra ubicado causales por las que ingresan y también se les da a conocer el código de convivencia ciudadana para que no lleguen a c.t.p por desconocimiento del mismo. 2 charla instalaciones del ctp: Se da charla a protegidos del c.t.p con el tema de emociones cerebrales relacionando los signo vitales con las emociones que experimentamos a diario donde lo protegidos leen el contenido de la cartelera y les explico y retroalimentación . 3 charla instalaciones del c.t.p:Se realiza charla dentro de instalaciones del ctp dirigido a protegidos del ctp en donde se les expone el tema de I.T.S (enfermedades de transmisión sexual), donde se explica que son como se transmiten signos y síntomas también medios diagnósticos, tratamiento y como prevenirlas. 4 charla instalaciones del ctp:se realiza charla dirigida a protegidos del c.t.p. en donde se les explica el tema de mural infecciones de transmisión sexual donde explico causas, signos y síntomas también tratamiento de las infecciones mas conocidas como sífilis,gonorrea ,v.i.h,hepatitis b y c.
7- Realizar tres (03) talleres reflexivos mensuales, con material didáctico a partir de la construcción colectiva y simbólica a la Comunidad del Municipio de Chía, y generar entre los participantes reflexiones para aplicar en la vida, que a su vez debe aportar en el cambio social, con respeto a la cultura ciudadana y la convivencia, generando transformación que prevenga la reincidencia de ingreso al Centro de Traslado y Protección, verificando los talleres con listas de asistencia, actas y fotos.	Talleres reflexivos sobre uso y dependencia de sustancias psicoactivas con video. Se 1. realiza taller reflexivo dirigido a población vulnerable donde se realiza por fragmentos del video la dependencia sobre las sustancias psicoactivas donde se les hace reflexionar sobre que las drogas no mejoran el momento ni las situaciones difíciles por las cuales pasamos desmejorando nuestro estado de ánimo, empeorando y exacerbando enfermedades mentales como la esquizofrenia bipolaridad ansiedad y depresión también dependencia a las drogas. TALLER 2: instalaciones del c.t.p dirigida a protegidos dirigidos por ponal en donde se les explica sobre la dependencia alas drogas y la relación que se tiene con las enfermedades de transmisión sexual y consecuencias que estas traen a sus vidas. TALLER 3: instalaciones del c.t.p: Se realiza charla dentro de instalaciones del c.t.p dirigido a protegidos trasladados en donde se les expone el tema de I.T.S (enfermedades de transmisión sexual), donde se explica que son como se transmiten signos y síntomas también medios diagnósticos, tratamiento y como prevenirlas
8- realizar y entregar los informes que se requieran por parte de	Durante este periodo se envían 4 correos a secretaria de desarrollo social y a secretaria de salud para activación de las rutas estipuladas como habitante en calle y activación de E.P.S.

la Dirección de Seguridad y Convivencia Ciudadana de Chía a través del (la) supervisor (a) del contrato o el funcionario competente, de acuerdo al caso, en el tiempo establecido	Se entrega informe de actividades a supervisora de contrato para su revisión. Se realiza mural del mes con el tema de enfermedades de transmisión sexual.
9- Realizarlas labores de archivo Propias de gestión documental del CTP; en consonancia, una vez realizado diligenciamiento de los formatos de atención el profesional del CTP deberá, conforme a los parámetros establecidos por la Dirección de Servicios Administrativos o quien haga sus veces de la Alcaldía Municipal de Chía, llevar el registro y control del expediente completo de manera física y magnética, utilizando para ellos los respectivos insumos de la oficina que han sido Suministrados desde la Dirección de Seguridad y Convivencia Ciudadana Secretaría de Gobierno Municipal.	Se realiza organización de los estantes de carpetas de años pasados en los estantes de forma alfabética, se marca cada estante con las letras correspondientes al archivo. Se archivan carpetas en cada caja cada una con 30 carpetas marcadas con los nombres de cada protegido. Se rotulan carpetas con datos, código de dependencia y organizan en estante según orden de consecutivo.
10- Asumir responsabilidad y el cuidado de los bienes que sirven de suministro dentro de las instalaciones del CTP para ejecutar un buen funcionamiento, para esto quedará como soporte en inventario, controlado por parte del (la) Supervisor (a) del contrato.	Este mes se cumple con el cuidado de los elementos de toma de signos vitales. Se da buen uso de computadores para llevar a cabo con el cumplimiento de la obligación como diligenciamiento de bases de datos, búsqueda de adres y Sisbén, envió de correos a secretaria de salud y desarrollo social.
11- Cumplir con el cronograma del CTP, según lo establecido por el Director de Seguridad y convivencia ciudadana de Chía, o por el (la) supervisor(a) del contrato, según el caso.	Se cumple con la rotación asignada por supervisora de contrato y directora de convivencia establecida por cronograma de enfermería.

*Insertar las filas necesarias

Adicionalmente se adjuntan soportes (se indica si hay necesidad de anexa CD, USB, o si se entregan adjuntas)

Si se trata de un contrato o convenio celebrado con anterioridad al 2024 o a través de SECOP I, se debe incluir en manuscrito la firma del contratista

NATALIA OSPINA TORRES
NOMBRE DEL CONTRATISTA
(firma)

Si se trata de un contrato o convenio celebrado a partir del 2024, se debe incluir únicamente el siguiente texto:

El presente informe contiene el soporte de pago correspondiente, para el periodo del informe que se presenta. De igual manera, el presente documento se entenderá presentado por el contratista una vez se realice su respectivo cargue en SECOP II.

Numero de contrato: CO1.PCCNTR.6074906
Nombre: Natalia ospina torres
OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN EN SALUD DE LA POBLACIÓN CONDUCTA AL CENTRO DE TRASLADO POR PROTECCIÓN (CTP) DEL MUNICIPIO DE CHIA.

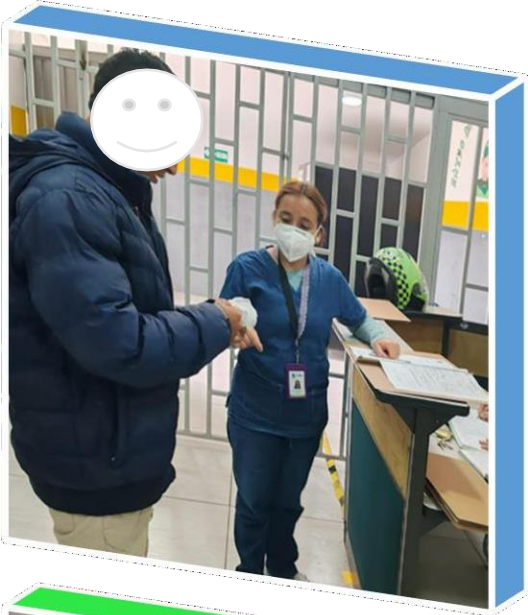
EVIDENCIA FOTOGRAFICA AREA ENFERMERIA 2024

1-Llevar la caracterización de las personas conducidas por la policía al centro de traslado por protección (C.T.P), con el diligenciamiento del formato de informe individual del protegido revisión física y de salud.

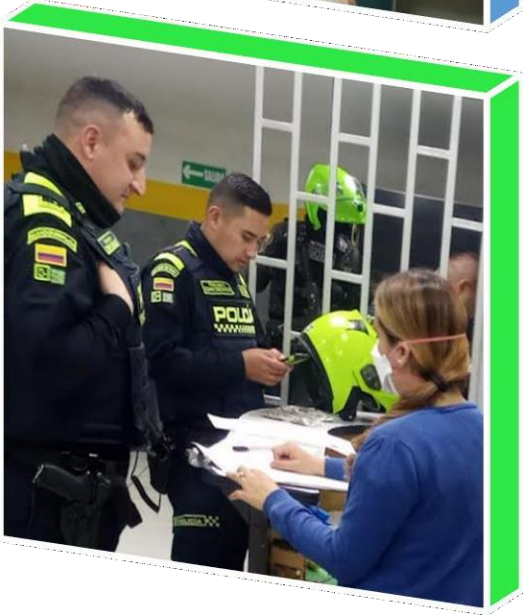
REVISION FISICA



INGRESO



VALIDACION DE DATOS Y CAUSALES



2-Llevar un registro de ingreso y salida, en el cual se evidencia que no hay afectación de la salud del Personal conducido, realizando un informe final de su estado de salud antes de salir (egreso de protegido).

Lavado de manos salida de protegidos, firma de salida y registro fotográfico en App, para personería.



Egreso de protegido en compañía de hermano a clínica la sabana.

3- Tomar las medidas de protección necesarias para asegurar la atención oportuna a los conducidos, en caso de ser necesario.



ENTREGA Y RECIBO DE TURNO CON EXPEDIENTES DE CADA PROTEGIDO CON NOVEDDADES.



DILIGENCIAMIENTO DE FORMATOS DE ENFERMERIA DONDE FIRMA INGRESO EL PROTEGIDO.



REVISION CEFALOCAUDAL EN MOMENTO DE REQUIZA AL PROTEGIDO

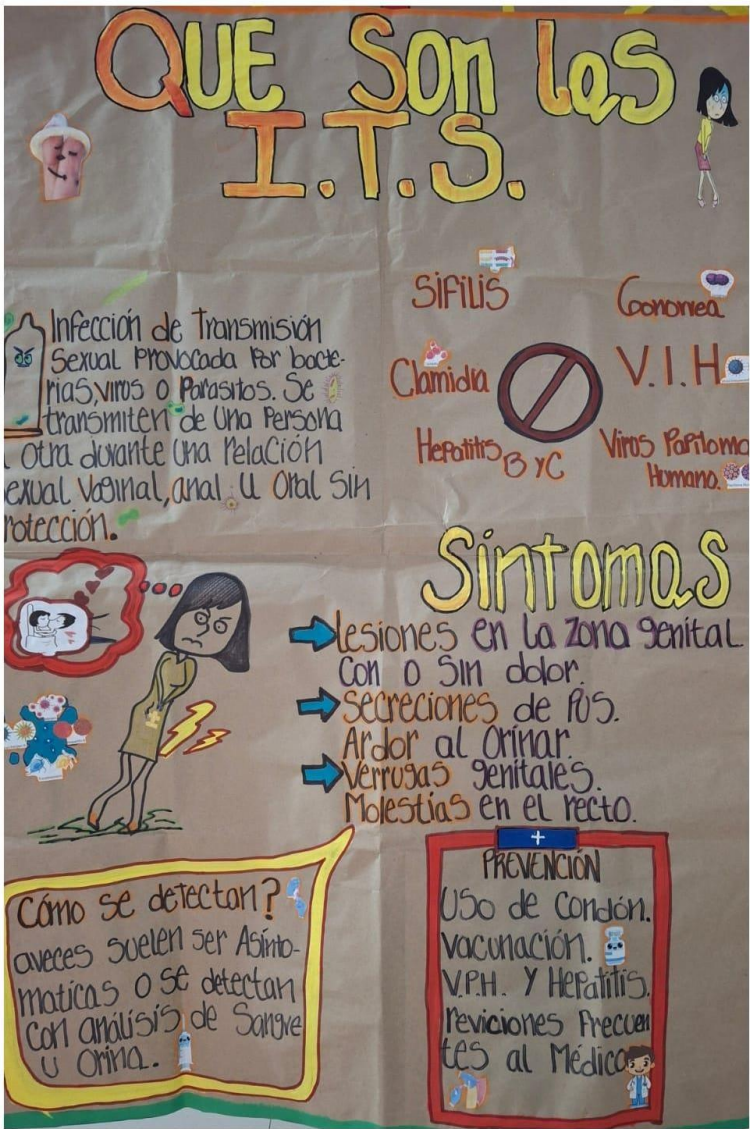
4-Prestar apoyo respecto a los estados de los conducidos sin poner en riesgo su integridad ni la de ninguna de las personas de apoyo o del conducido primer auxilio.



TOMA DE SIGNOS VITALES



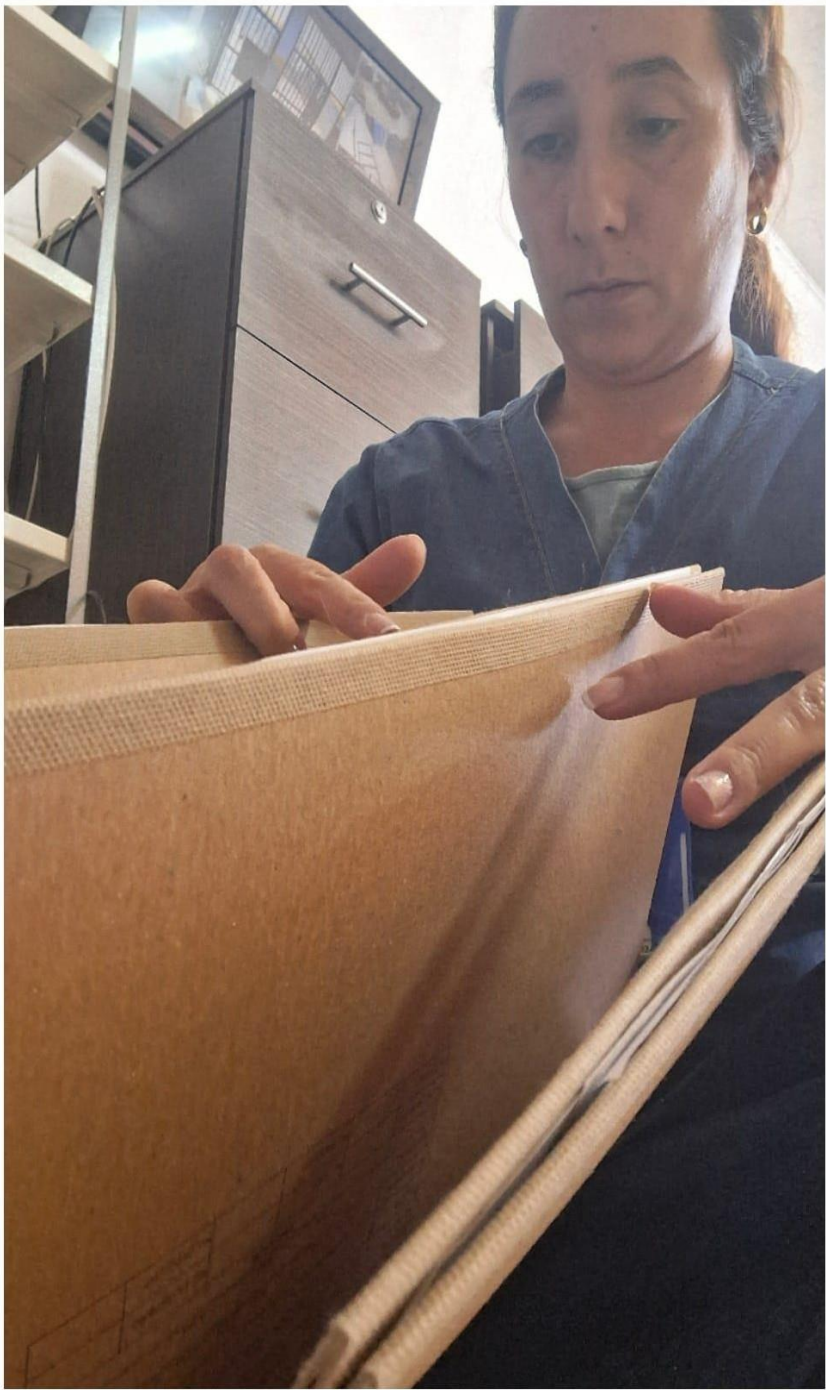
6-Realizar cuatro (04) charlas mensuales a la comunidad del Municipio de Chía.



7- Realizar tres (03) talleres reflexivos mensuales, con material didáctico a partir de la construcción colectiva y simbólica a la Comunidad del Municipio de Chía.



9- Realizarlas labores de archivo Propias de gestión documental del CTP.



11-CRONOGRAMA ENFERMERIA MES JULIO 2024

	22-jul-24	23-jul-24	24-jul-24	25-jul-24	26-jul-24	27-jul-24	28-jul-24
6AM A 6PM	Enfermera DIANA Psicóloga ELIZABETH	Enfermera CENAIDA	Abogada ANGELA	Enfermera NATALIA	Psicologa JACKELINE	Psicóloga ELIZABETH	Enfermera CENAIDA
6PM A 6AM	Enfermera NATALIA	Enfermera DIANA Psicóloga ELIZABETH	Enfermera CENAIDA	Abogada ANGELA	Enfermera NATALIA	Psicologa JACKELINE	Psicóloga ELIZABETH
	29-jul-24	30-jul-24	31-jul-24	1-ago	2-ago	3-ago	4-ago
6AM A 6PM	Abogada ANGELA	Enfermera NATALIA	Psicologa JACKELINE	Psicóloga ELIZABETH	Enfermera CENAIDA	Abogada ANGELA	Enfermera NATALIA
6PM A 6AM	Enfermera CENAIDA	Abogada ANGELA	Enfermera NATALIA	Psicologa JACKELINE	Psicóloga ELIZABETH	Enfermera CENAIDA	Abogada ANGELA
	5-ago-24	6-ago-24	7 AOS	8-ago	9-ago	10-ago	
6AM A 6PM	Psicologa JACKELINE	Psicóloga ELIZABETH	Enfermera CENAIDA	Abogada ANGELA	Enfermera NATALIA	Psicologa JACKELINE	
6PM A 6AM	Enfermera NATALIA	Psicologa JACKELINE	Psicóloga ELIZABETH	Enfermera CENAIDA	Abogada ANGELA	Enfermera NATALIA	

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 0 2 Actualización		4. Número de formulario 14746996967			
					
5. Número de identificación Tributaria (NIT) 1 0 7 2 6 4 9 5 8 4		6. DV 9		12. Dirección seccional Impuesto de Bogotá 3 2	
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3		26. Número de identificación 1 0 7 2 6 4 9 5 8 4	
27. Fecha expedición		28. País COLOMBIA		29. Departamento Cundinamarca	
30. Ciudad/Municipio Chía		31. Primer apellido OSPINA		32. Segundo apellido TORRES	
33. Primer nombre NATALIA		34. Otros nombres		35. Razón social	
36. Nombre comercial		37. Signa		38. País COLOMBIA	
39. Departamento Cundinamarca		40. Ciudad/Municipio Chía		41. Dirección principal CR 10 A 4 48 IN 1	
42. Correo electrónico ospinanatalia572@gmail.com		43. Código postal		44. Teléfono 1 3 1 3 5 3 5 5 4 6 1	
45. Teléfono 2		CLASIFICACIÓN			
Actividad económica		Ocupación		52. Número establecimientos	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código 8 6 9 2		47. Fecha inicio actividad 2 0 1 0 0 1 0 2		48. Código 8 7 1 0	
49. Fecha inicio actividad 2 0 1 9 0 3 0 1		50. Código 1 2		51. Código 8 6 9 9	
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 4 9					
49 - No responsable de IVA					
Usuarios aduaneros			Exportadores		
54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20			55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3 57. Modo 58. CPC		
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación.					
Para uso exclusivo de la DIAN					
59. Anexos SI NO X		60. No. de folios 0		61. Fecha 2021 - 03 - 12 / 10 : 28 : 14	
La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz, en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 16.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.			Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice, Firma autorizada:		
Firma del solicitante:			984. Nombre OSPINA TORRES NATALIA		
			985. Cargo CONTRIBUYENTE		

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que NATALIA OSPINA TORRES, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.072.649.584 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 264498940, abierta/o desde el 13/11/2018.

Se expide en Bogotá el día 12 del mes de Julio del año 2024 con destino a: Natalia ospina



Firma Autorizada

CERTIFICACION PARA CALCULO DE RETENCION EN LA FUENTE PARA RENTAS
QUE NO PROVENGAN DE UNA RELACION LABORAL O LEGAL Y
REGLAMENTARIA

Yo, NATALIA OSPINA TORRES identificado con cédula de ciudadanía No. 1.072.649.584, En cumplimiento del decreto 2231 del 22 de diciembre de 2023, por el cual se reglamenta parcialmente los artículos 206, 331, 336 y 383 del Estatuto Tributario, modificados por los artículos 2, 6, 7 y 8 de la ley 2277 de 2022, se sustituyen, modifican y adicionan unos artículos a la parte 2 del libro del Decreto 1625 de 2016, único reglamentario en materia tributaria, relacionados con la determinación del impuesto sobre la renta a cargo de las personas naturales residentes y la retención en la fuente por concepto de rentas de trabajo. Manifiesto por escrito y bajo la gravedad del juramento que:

Para el cálculo de la retención en la fuente:

☒ No usaré costos en mi declaración de rentas, para que se aplique la tarifa de acuerdo con lo previsto en el artículo 383 del estatuto tributario.

☐ Aplicar la tarifa de retención en la fuente prevista en los artículos 392 y 401 del Estatuto tributario y decretos reglamentarios.

La presente certificación se firma a los 11 del mes de AGOSTO de la vigencia 2024.

FIRMA: NATALIA OSPINA TORRES

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	1	\$ 208.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 208.000	\$ 0	\$ 208.000
SUBTOTALES:										\$ 208.000	\$ 0	\$ 208.000

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 162.500		\$ 0		\$ 0	\$ 162.500	\$ 0	\$ 162.500
SUBTOTALES:									\$ 162.500				\$ 0	\$ 162.500	\$ 0	\$ 162.500

TOTAL	\$ 370.500
--------------	-------------------

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1072649584
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			NATALIA OSPINA TORRES
CIUDAD/MUNICIPIO:	CHIA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
DIRECCIÓN:	CR 10A #10 151	TELÉFONO:	2222222
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	4560614301	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERÍODO COTIZACIÓN OTROS	MES	PERÍODO COTIZACIÓN SALUD:	MES		2024
DÍAS DE MORA:	2024		julio	AÑO	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/07/31	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9999494746

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	1	\$ 208.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 208.000	\$ 0	\$ 208.000
SUBTOTALES:										\$ 208.000	\$ 0	\$ 208.000

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 162.500		\$ 0		\$ 0	\$ 162.500	\$ 0	\$ 162.500
SUBTOTALES:													\$ 162.500	\$ 0	\$ 0	\$ 162.500

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																						
DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES													SEGURIDAD SOCIAL															PARAFISCALES																	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN					SEGURIDAD SOCIAL					SALUD					ARP					DÍAS COT	IBC	CCF			SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN			VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN				
1	CC 1072649584	OSPINA TORRES NATALIA	INDEPEND		\$ 1.300.000			NO																		231001-COLFONDOS	30	\$ 1.300.000	\$ 208.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0			Normal	\$ 208.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	\$ 1.300.000	\$ 162.500	\$ 0	\$ 162.500				\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	

TOTAL	\$ 370.500
--------------	-------------------