Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	SIASUR

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2023-10-01	**Hasta:**	2023-10-31	
Nombre del Contratista:	MARIO ALBERTO FLOREZ POVEDA		**Número de Documento:**	80743277	
Correo Electrónico:	marioaflorezp@gmail.com		**Número Telefónico:**	3002768842	
Nombre del Supervisor:	RICARDO MARTINEZ GALVIS	**Cargo:**	ENFERMERO	**Código - Grado:**	243-20

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2115-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	505
Perfil:	MÉDICO ESPECIALISTA - PEDIATRIA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS				
Unidad de Servicios:	USS MEISSEN				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
J03ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	110	34	93450	$13456800	82%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 13456800**	**TRECE MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS PESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2023-02-01		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2023-06-30
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2023-05-01	2023-07-31	1	$ 3345300	1563
2	2023-07-01	2023-08-31	2	$ 12896100	2132
3	2023-08-01	2023-09-30	3	$ 14578200	2433
4	2023-09-01	2023-10-31	4	$ 12335400	2821

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
5	2023-10-01	2023-11-30	5	$ 13456800	3158

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	FEBRERO	$ 12335400
2	MARZO	$ 14578200
3	ABRIL	$ 14578200
4	MAYO	$ 13456800
5	JUNIO	$ 12335400
6	JULIO	$ 14578200
7	AGOSTO	$ 14578200
8	SEPTIEMBRE	$ 12335400

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 65620800	**$ 122232600**	**$ 108775800**	**$ 13456800**

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1). Prestar servicios de perfil (medico(a) especializado(a)) acorde con la Lex Artis, segun necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantia y Calidad (SOGC) y demàs normas concordantes.	-Valoracion paciente pediatrico en la uci	-Historia clinica
2	2). Realizar actividades de informacion, educacion, comunicacion, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria.	-Desarrollo de actividades medicas asistenciales de forma pertinente,propias de las especialidades con estandares de calidad y seguridad dentro del desarrollo institucional de acuerdo a la programación de actividades de manera autónoma , consignadas en la historia clínica	-Historia clinica
3	3). Registrar en la historia clinica toda la informacion del acto medico, de forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas), simultanea o inmediatamente despues de su realizaciòn, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad cientifica (logica, clara, completa) y demas criterios que defina el Ministerio de Salud y Protecciòn Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolucion 1995-1999, 839-2017 norma que la modifique o sustituya).	-Procesos y procedimientos desarrollados durante la ejecución de las actividades programadas por la subred sur, los cuales garantizan la continuidad de la atención médica, las que se encuentren soportadas mediante la historia clinica sistematizada, evolución diaria de pacientes según el turno asignado , y así mismo pasar revista con el especialista , generados durante la atención a los usuarios de la subred sur	-Historia clinica

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
4	4). Apoyar la elaboracion, actualizacion de formatos, protocolos, guìas, procedimientos de medicina y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado,estadisticas vitales, MIPRES, en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	-Diligenciamiento de formatos de acuerdo a la normatividad vigente. "Cumplir con los Protocolos, Guías, Manuales de Procesos y Procedimientos, Manuales Institucionales y los de Normatividad vigente Diligenciamiento de -- Diligenciamiento de formatos de acuerdo a la normatividad vigente. "Cumplir con los Protocolos, Guías, Manuales de Procesos y Procedimientos, Manuales Institucionales y los de Normatividad vigente Diligenciamiento de historia clínica, formulando el diagnóstico y plan de manejo " Valoración y manejo de pacientes pediátricos en las distintas unidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur.	-Historia clinica
5	5) Apoyar en la identificacion, caracterizacion, inscripcion, manejo, seguimiento y canalizacion a usuarios a las diferentes rutas de atencion en salud, asi como la consolidacion de informacion para la trazabilidad de indicadores de la salud.	-Identificacion , valoracion, seguimiento y plan de tratamiento y seguimiento a paciente pediatrico hasta su egreso. Valoracion por consulta externa	-Historia clinica
6	6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	-Articulacion con el equipo misional, plan de manejo y tratamiento con el paciente pediatrico	-Historia clinica
7	7). Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento medico acorde al cuadro clìnico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y-o seguimiento ambulatorio.	-Valoración y seguimiento a paciente pediátrico en hospitalización en la UCI, Se brinda información de autocuidado al familiar hasta el egreso del paciente y se realiza el control ambulatorio de pediatría por consulta externa, Prestación de servicios profesionales de acuerdo a los procesos y procedimientos desarrollados durante la ejecución de las actividades programadas por la subred sur, archivadas en la historia clínica sistematizada, exámen físico con evolución a los pacientes pediátricos	-Historia clinica
8	8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evoluciòn, riesgo, complicaciòn del cuadro clìnico objeto de tratamiento	-Brindar informacion oportuna al familiar del paciente	-Historia clinica
9	9). Cumplir las metas de produccion acordadas con el supervisor de contrato para efectos de actividades y-o productos de servicio especializado conforme a los lineamientos pactados entre los pagadores y la LA SUBRED SUR E.S.E	-Se cumplieron las metas de produccción	-Historia Clinica
10	10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-demás actividades asignadas en el contrato	-Historia clínica

© Siasur - 2023

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior	$ 12335400
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9457531871		
2023	SEPTIEMBRE	2023	10	11			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOCE MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS PESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 4934160	$ 789466	$ 1074000
Salud		FAMISANAR		$ 616770	$ 789700
ARL	3	SURA		$ 120196	$ 153900
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 1431992**	**$ 2017600**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0550008000693146

MARIO ALBERTO FLOREZ POVEDA
80743277

Ricardo Martínez Galvis
Profesional Enlace

RICARDO MARTINEZ GALVIS
ENFERMERO

© Siasur - 2023

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 80743277		FLOREZ POVEDA MARIO ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	diagonal 51 sur # 61d 28	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2895610	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-09	2023-09	212579545	9457531871	I	2023/10/19	2023/10/11	BANCO DAVIVIENDA	0	$2,017,600

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)					$6,317,414	$1,074,000			$6,317,414	$789,700			$0	$0			$6,317,414	$153,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$6,317,414	$1,074,000			$6,317,414	$789,700			$0	$0			$6,317,414	$153,900		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$6,317,414	$1,074,000			$6,317,414	$789,700			$0	$0			$6,317,414	$153,900		$0	$0
1	CC 80743277	FLOREZ MARIO	25-14	30	$6,317,414	$1,074,000	EPS001	30	$6,317,414	$789,700		0	$0	$0	14-11	30	$6,317,414	$153,900	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$6,317,414	$1,074,000			$6,317,414	$789,700			$0	$0			$6,317,414	$153,900		$0	$0

2023/10/10 07:08 PM

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 80743277		FLOREZ POVEDA MARIO ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	diagonal 51 sur # 61d 28	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2895610	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-09	2023-09	212579545	9457531871	I	2023/10/19	2023/10/11	BANCO DAVIVIENDA	0	$2,017,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,074,000	$0	$0	$1,074,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$1,074,000	$0	$0	$1,074,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$153,900	$0	$0	$153,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$153,900	$0	$0	$153,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$789,700	$0	$0	$789,700
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$789,700	$0	$0	$789,700
TOTAL				1	$2,017,600	$0	$0	$2,017,600

2023/10/10 07:08 PM

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE : 03465c9dd00acf1320db13cb38f823993d6e5315d36db31da3b759c7054f2e e481c282c339c200c5cd2da3d24b914ad7

Número de Factura: MF-46
Fecha de Emisión: 10/10/2023
Fecha de Vencimiento: 10/11/2023
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Instrumento no definido
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: FLOREZ POVEDA MARIO ALBERTO
Nombre Comercial: FLOREZ POVEDA MARIO ALBERTO
Nit del Emisor: 80743277
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal: O-47
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8621

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: DG 51 SUR 61 D 28
Teléfono / Móvil: 2895610
Correo: marioaflorezp@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 900958564
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: O-13;R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CR 20 47B 35 SUR
Teléfono / Móvil: 4444444
Correo: facturacionelectronica@subredsur.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	02	PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS SUBRED SUR	NIU	144,00	$ 93.450,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 13.456.800,00

Descuentos y Recargos Globales

Nro.	Tipo	Código	Descripción	%	Valor

Información Complementaria

Nro	Nombre Campo	Valor Campo

Anticipos

Nro	Valor	Fecha recibido

Referencias

Tipo de Documento Referencia	Número Referencia	Fecha Referencia

Notas Finales

PERIODO FACTURADO OCTUBRE 2023
Linea de negocio: SERVICIOS DE SALUD

Datos Totales

Documento validado por la DIAN 2023-10-10 19:50:58
Documento generado el: 2023-10-10 19:50:57
Generado por:Solución Gratuita DIAN
Nit:800.197.268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal			13.456.800,00
Descuento detalle			0,00
Recargo detalle			0,00
Total Bruto Factura			13.456.800,00
IVA			0,00
INC			0,00
Bolsas			0,00
Otros impuestos			0,00
Total impuesto (=)			0,00
Total neto factura (=)			13.456.800,00
Descuento Global (-)			0,00
Recargo Global (+)			0,00
Total factura (=)	**COP $**	$	13.456.800,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

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

Numero de Autorización: 18764053835627 Rango desde: 41 Rango hasta: 1000 Vigencia: 2024-02-15

Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste | UTC -5 17:01:32 | MARIO ALBERTO FLO...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a | Buscar...

Escritorio ➙ Menú ➙ Administración de contratos ➙ **Ver contrato**

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar | < Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje | Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí | No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	Febrero2023 Contrato2115-23.pdf	Febrero2023 Contrato2115-23.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Marzo2023 Contrato 2115-23.pdf	Marzo2023 Contrato 2115-23.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Abril2023Contrato 2115-23.pdf	Abril2023Contrato 2115-23.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	mayo2023Contrato2115-23.pdf	mayo2023Contrato2115-23.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Junio2023 Contrato 2115-23.pdf	Junio2023 Contrato 2115-23.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Julio2023 Contrato 2112-23.pdf	Julio2023 Contrato 2112-23.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Agosto2023 Contrato 2115-23.pdf	Agosto2023 Contrato 2115-23.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Septiembre 23- Contrato 2115 23.pdf	Septiembre 23- Contrato 2115 23.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	OCTUBRE 23-Contrato 2115-23.pdf	OCTUBRE 23-Contrato 2115-23.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar | < Evaluación de la Entidad Estatal >

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colomb

018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte
Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE : 37a84384db60a8e2e027d0b2c5f4de96a42c73bc293c2cc3e0032dd0cebe00f6e1359b80c4f0c7317b8a7464d7ffff49

Número de Factura: MF-48
Fecha de Emisión: 15/11/2023
Fecha de Vencimiento: 15/12/2023
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Instrumento no definido
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: FLOREZ POVEDA MARIO ALBERTO
Nombre Comercial: FLOREZ POVEDA MARIO ALBERTO
Nit del Emisor: 80743277
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal:O-47
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8621

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: DG 51 SUR 61 D 28
Teléfono / Móvil: 2895610
Correo: marioaflorezp@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 900958564
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: O-13;R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CR 20 47B 35 SUR
Teléfono / Móvil: 4444444
Correo: facturacionelectronica@subredsur.gov.co

Detalles de Productos

								IMPUESTOS				Precio unitario de venta
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IVA	%	INC	%	
1	02	PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS SUBRED SUR	NIU	162,00	$ 93.450,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 15.138.900,00

Descuentos y Recargos Globales

Nro.	Tipo	Código	Descripción	%	Valor

Información Complementaria

Nro	Nombre Campo	Valor Campo

Anticipos

Nro	Valor	Fecha recibido

Referencias

Tipo de Documento Referencia	Número Referencia	Fecha Referencia

Notas Finales

PERIODO FACTURADO NOVIEMBRE 2023
Linea de negocio: SERVICIOS DE SALUD

Datos Totales

Documento validado por la DIAN 2023-11-15 18:26:39
Documento generado el: 2023-11-15 18:26:38
Generado por:Solución Gratuita DIAN
Nit:800.197.268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal			15.138.900,00
Descuento detalle			0,00
Recargo detalle			0,00
Total Bruto Factura			15.138.900,00
IVA			0,00
INC			0,00
Bolsas			0,00
Otros impuestos			0,00
Total impuesto (=)			0,00
Total neto factura (=)			15.138.900,00
Descuento Global (-)			0,00
Recargo Global (+)			0,00
Total factura (=)	**COP $**	$	15.138.900,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

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

Numero de Autorización: 18764053835627 Rango desde: 41 Rango hasta: 1000 Vigencia: 2024-02-15

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 80743277		FLOREZ POVEDA MARIO ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	diagonal 51 sur # 61d 28	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2895610	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-10	2023-10	264486243	9458745675	I	2023/11/21	2023/11/08	BANCO DAVIVIENDA	0	$2,080,800

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)					$6,514,834	$1,107,600			$6,514,834	$814,400			$0	$0			$6,514,834	$158,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$6,514,834	$1,107,600			$6,514,834	$814,400			$0	$0			$6,514,834	$158,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$6,514,834	$1,107,600			$6,514,834	$814,400			$0	$0			$6,514,834	$158,800		$0	$0
1	CC 80743277	FLOREZ MARIO	25-14	30	$6,514,834	$1,107,600	EPS001	30	$6,514,834	$814,400		0	$0	$0	14-11	30	$6,514,834	$158,800	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$6,514,834	$1,107,600			$6,514,834	$814,400			$0	$0			$6,514,834	$158,800		$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 80743277		FLOREZ POVEDA MARIO ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	diagonal 51 sur # 61d 28	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2895610	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-10	2023-10	264486243	9458745675	I	2023/11/21	2023/11/08	BANCO DAVIVIENDA	0	$2,080,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,107,600	$0	$0	$1,107,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$1,107,600	$0	$0	$1,107,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$158,800	$0	$0	$158,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$158,800	$0	$0	$158,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$814,400	$0	$0	$814,400
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$814,400	$0	$0	$814,400
TOTAL				1	$2,080,800	$0	$0	$2,080,800