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:**	2024-05-01	**Hasta:**	2024-05-31	
Nombre del Contratista:	AUGUSTO ABELARDO ANGARITA AREVALO		**Número de Documento:**	19452516	
Correo Electrónico:	augustoa999@gmail.com		**Número Telefónico:**	3162674418	
Nombre del Supervisor:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5860-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	1393
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO (TERRITORIOS)				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	USS SANTA MARTA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
V07PI002	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS SANTA MARTA	$7715598	96.2%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 7715598**	**SIETE MILLONES SETECIENTOS QUINCE MIL QUINIENTOS NOVENTA Y OCHOPESOS**		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2023-05-06		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2023-06-30
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2023-06-01	2023-09-30	1	$ 25692720	1788
2	2023-09-01	2023-10-31	2	$ 9278009	2836
3	2023-10-01	2023-11-30	3	$ 636537	3150
4	2023-11-01	2024-01-31	4	$ 14736796	3495
5	2024-01-01	2024-02-15	5	$ 10994730	232
6	2024-02-01	2024-03-31	6	$ 11747001	609

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
7	2024-03-01	2024-05-31	7	$ 14524617	873
8	2024-05-01	2024-05-31	8	$ 1099473	1416

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	MAYO	$ 4397664
2	JUNIO	$ 7098352
3	JULIO	$ 8583605
4	AGOSTO	$ 7156219
5	SEPTIEMBRE	$ 7734889
6	OCTUBRE	$ 7734889
7	NOVIEMBRE	$ 7638444
8	DICIEMBRE	$ 7098352
9	ENERO	$ 7908490
10	FEBRERO	$ 7734889
11	MARZO	$ 7426265
12	ABRIL	$ 7271953

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7098352	**$ 95808235**	**$ 87784011**	**$ 8024224**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Apoyar y atender en consulta a cada uno de los miembros del hogar que se encuentren en la vivienda durante la visita, independientemente de su régimen de afiliación.	-se apoya y se atiende en consulta a cada uno de los miembros del hogar que se encuentran en la vivienda durante la visita, independientemente de su régimen de afiliación	-Historias clinicas
2	2. Realizar diariamente la corrección de los requisitos de calidad por el instrumento de validación establecido para los equipos de atención en casa.	-se realiza diariamente la corrección de los requisitos de calidad por el instrumento de validación establecido para los equipos de atención en casa	-Base de ingresos de medicina
3	3. Realizar la entregar al geógrafo los mapas o rutas de campo una vez finalizada la manzana o ruta asignada.	-Se realiza la entrega al geógrafo los mapas o rutas de campo una vez finalizada la manzana o ruta iluminada.	-Entrega del mapa debidamente diligenciado

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
4	4. Hacer recomendaciones de conductas a seguir, tras la realización de la consulta médica, de manera que afiliados a Entidades Administradoras de Planes de Beneficios diferentes a Capital Salud puedan conocer la recomendación médica que queda registrada en su Historia clínica y gestionar las atenciones sugeridas ante su aseguradora.	-se hacen recomendaciones de conductas a seguir, tras la realización de la consulta médica, de manera que afiliados a Entidades Administradoras de Planes de Beneficios diferentes a Capital Salud pueden conocer la recomendación médica que queda registrada en su Historia clínica y gestionar las atenciones sugeridas ante su aseguradora	-Historia clinica y planes de cuidado
5	5. Organizar los soportes documentales de las acciones a su cargo siguiendo las directrices del sistema de gestión documental de la entidad, tales como consentimiento informado, planes de cuidado, órdenes médicas.	-se organizan los soportes documentales de las acciones a su cargo siguiendo las directrices del sistema de gestión documental de la entidad, tales como consentimiento informado, planes de cuidado, órdenes médicas	-Se realiza entrega a la auxiliar administrativa los consentimientos informados, ordenes medicas y planes de cuidado
6	6. Realizar el abordaje de los riesgos sociales y de salud de la familia con base en las preguntas que aparecen en el formulario de recolección de información y los identificados en la consulta diagnóstica (Historia Clínica Digital).	-se realiza el abordaje de los riesgos sociales y de salud de la familia con base en las preguntas que aparecen en el formulario de recolección de información y los identificadores en la consulta diagnóstica (Historia Clínica Digital)	-Historias clinicas
7	7. Realizar las actividades de acuerdo a lo establecido en la guía operativa vigente elaborada por la Secretaría Distrital de Salud y demás lineamientos que expida esta o la Subred Sur.	-Se realiza las actividades de acuerdo a lo establecido en la guía operativa vigente elaborada por la Secretaría Distrital de Salud y demás lineamientos que expida esta o la Subred Sur	-historias clinicas, planes de cuidado, y los consentimientos informados, de acuerdo a la descripcion en la guia operativa
8	8. Realizar las actividades de acuerdo al esquema de operación definido para el sector rural.	-Se realizan las actividades de acuerdo al esquema de operación definido para el sector rural	-Historia clinica, drive, notificaciones
9	9. Realizar las mediciones y tamizajes necesarios para la identificación de riesgos en salud y la verificación de las condiciones de aseguramiento.	-Se Realiza las mediciones y tamizajes necesarios para la identificación de riesgos en salud y la verificación de las condiciones de aseguramiento	-tamizajes por ciclo de vida
10	10. Referir mediante la plataforma del Sistema Integral de Referencia y Contrarreferencia-SIRC los requerimientos de atención que se identifiquen en población afiliada a EAPB diferentes a Capital Salud, para que desde allí se gestione la atención correspondiente.	-se refierre mediante la plataforma del Sistema Integral de Referencia y Contrarreferencia-SIRC los requisitos de atención que se identifiquen en población afiliada a EAPB diferentes a Capital Salud, para que desde allí se gestione la atención correspondiente	-Notificaciones en SIRC
11	11. Registrar oportunamente la información pertinente en los instrumentos de control que establezca la entidad.	-Se Registre oportunamente la información pertinente en los instrumentos de control que establezcan la entidad.	-Drives, Historias clinicas

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
12	12. Identifica eventos de interés en salud pública visibles en consulta (desnutrición, conducta suicida y violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual, enfermedades eruptivas, hepatitis, infección respiratoria aguda, etc.), el médico debe diligenciar y firmar la Ficha de Notificación Individual o de acuerdo con el protocolo establecido por el Instituto Nacional de Salud – INS (https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Fichas-y-Protocolos.aspx) y el sistema o subsistema de vigilancia correspondiente.	-Se Identifica eventos de interés en salud pública visibles en consulta (desnutrición, conducta suicida y violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual, enfermedades eruptivas, hepatitis, infección respiratoria aguda, etc.), el médico debe diligenciar y firmar la Ficha de Notificación Individual o de acuerdo con el protocolo establecido por el Instituto Nacional de Salud – INS (https://www.ins.gov.co/buscadoreventos/Paginas/Fichas-y-Protocolos.aspx) y el sistema o subsistema de vigilancia correspondiente	-Realización de fichas de notificación
13	13. Registrar la consulta diagnóstica básica en la Historia Clínica Digital, refiriendo las conductas recomendadas, interconsulta o pruebas complementarias solicitadas, medicamentos formulados o pedidos para dispensación por parte de la Subred para afiliados a Capital Salud; esto exclusivamente para adultos mayores, personal en condición de discapacidad o dependencia y sus cuidadores familiares residentes en el hogar.	-Se Registra la consulta diagnóstica básica en la Historia Clínica Digital, refiriendo las conductas recomendadas, interconsulta o pruebas complementarias solicitadas, medicamentos formulados o pedidos para dispensación por parte de la Subred para afiliados a Capital Salud; esto exclusivamente para adultos mayores, personal en condición de discapacidad o dependencia y sus cuidadores familiares residentes en el hogar	-Historias clinicas dependiendo del ciclo de vida
14	14. Realizar Verificar que los integrantes de la familia, independientemente de su aseguramiento, accedan a las actividades individuales y familiares contempladas en la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, de acuerdo con los esquemas de atenciones individuales por momento de curso de vida.	-Se realiza verificación de los integrantes de la familia, independientemente de su aseguramiento, accedan a las actividades individuales y familiares contempladas en la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, de acuerdo con los esquemas de atenciones individuales por momento de curso de vida	-Historias clinicas dependiendo de la etapa del ciclo vital
15	15.Dar cumplimiento a la ejecución de las obligaciones contenidas en este clausulado, de acuerdo a la matriz programática entregada por la Secretaría de Salud, realizando con calidad, pertinencia y oportunidad, el agendamiento, abordaje, visitas, valoración integral, planificación de la atención, seguimiento y monitoreo, a las poblaciones en los territorios priorizados.	-Se Da cumplimiento a la ejecución de las obligaciones contenidas en este clausulado, de acuerdo a la matriz programática entregada por la Secretaría de Salud, realizando con calidad, pertinencia y oportunidad, el agendamiento, abordaje, visitas, valoración integral, planificación de la atención , seguimiento y monitoreo, a las poblaciones en los territorios priorizados	-Historias clinicas

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior	$ 7271953
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	9467085055	-		
2024	**ABRIL**	**2024**	**05**	**15**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		**SIETE MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y UN MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y TRESPESOS**						

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PROTECCIÓN	$ 2908781	$ 465405	**$ 488000**
Salud		SÁNITAS		$ 363598	**$ 381300**
ARL	3	POSITIVA		$ 70858	**$ 145500**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 844187**	**$ 1014800**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0550007700693158

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	AUGUSTO AREVALO ANGARITA ABELARDO	2024-05-27 18:54:08
RECHAZADO SUPERVISOR	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVERO	2024-05-28 11:32:09
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	AUGUSTO AREVALO ANGARITA ABELARDO	2024-05-30 16:03:24
ACEPTADO SUPERVISIÓN	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVERO	2024-05-30 16:09:22
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-05-31 18:46:36



LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS
PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL

Resumen de Pago por Administradora

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 19452516		ANGARITA AREVALO AUGUSTO ABELARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 44 f N. 50-23 apt 412	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3162674418	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-04	2024-04	83162743	9467181319	N	2024/05/07	2024/05/17	BANCO DE OCCIDENTE	10	$1,046,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$527,000	$4,400	$0	$531,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$527,000	$4,400	$0	$531,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,500	$1,200	$0	$146,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$145,500	$1,200	$0	$146,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$365,000	$3,000	$0	$368,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$365,000	$3,000	$0	$368,000
TOTAL				1	$1,037,500	$8,600	$0	$1,046,100

2024/05/27 09:13 AM

Resumen de Pago por Administradora

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 19452516		ANGARITA AREVALO AUGUSTO ABELARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 44 f N. 50-23 apt 412	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3162674418	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-04	2024-04	83162743	9467181319	N	2024/05/07	2024/05/17	BANCO DE OCCIDENTE	10	$1,046,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$527,000	$4,400	$0	$531,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$527,000	$4,400	$0	$531,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,500	$1,200	$0	$146,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$145,500	$1,200	$0	$146,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$365,000	$3,000	$0	$368,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$365,000	$3,000	$0	$368,000
TOTAL				1	$1,037,500	$8,600	$0	$1,046,100

2024/05/27 09:13 AM

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 19452516		ANGARITA AREVALO AUGUSTO ABELARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 44 f N. 50-23 apt 412	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3162674418	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-04	2024-04	82165494	9467085055	I	2024/05/07	2024/05/15	BANCO DE OCCIDENTE	8	$875,000

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)					$3,049,617	$488,000			$3,049,617	$381,300			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$3,049,617	$488,000			$3,049,617	$381,300			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$3,049,617	$488,000			$3,049,617	$381,300			$0	$0			$0	$0		$0	$0
1	CC	19452516 ANGARITA AUGUSTO	230201	30	$3,049,617	$488,000	EPS005	30	$3,049,617	$381,300		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$3,049,617	$488,000			$3,049,617	$381,300			$0	$0			$0	$0		$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 19452516		ANGARITA AREVALO AUGUSTO ABELARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 44 f N. 50-23 apt 412	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3162674418	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-04	2024-04	82165494	9467085055	I	2024/05/07	2024/05/15	BANCO DE OCCIDENTE	8	$875,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$488,000	$3,200	$0	$491,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$488,000	$3,200	$0	$491,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$381,300	$2,500	$0	$383,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$381,300	$2,500	$0	$383,800
TOTAL				**1**	**$869,300**	**$5,700**	**$0**	**$875,000**

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

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

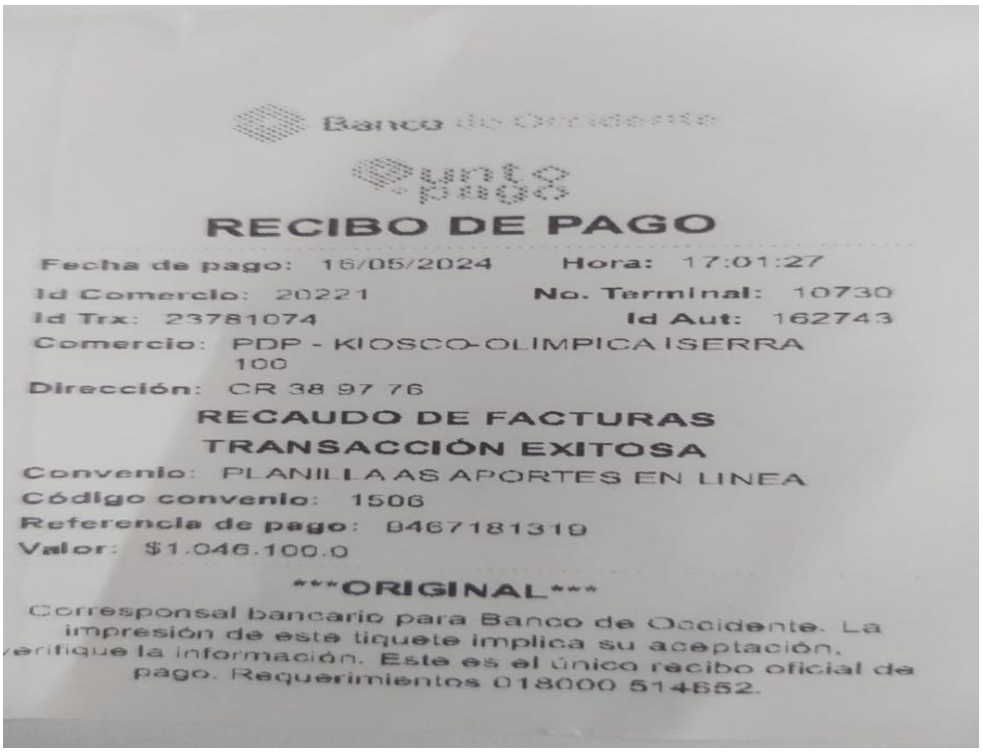
Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	CUENTA MAYO CTO 5860-2023.pdf	CUENTA MAYO CTO 5860-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JUNIO CTO 5860-2023.pdf	CUENTA JUNIO CTO 5860-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JULIO CTO 5860- 2023.pdf	CUENTA JULIO CTO 5860- 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA AGOSTO CTO 5860 - 2023.pdf	CUENTA AGOSTO CTO 5860 - 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA SEPTIEMBRE CTO 5860 - 2023.pdf	CUENTA SEPTIEMBRE CTO 5860 - 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA OCTUBRE CTO 5860 - 2023.pdf	CUENTA OCTUBRE CTO 5860 - 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA NOVIEMBRE CTO 5860-2023.pdf	CUENTA NOVIEMBRE CTO 5860-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DICIEMBRE CTO 5860-2023.pdf	CUENTA DICIEMBRE CTO 5860-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ENERO 2024 CTO 5860 - 2023.pdf	CUENTA ENERO CTO 5860 - 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA FEBRERO 2024 CTO 5860-2023.pdf	CUENTA FEBRERO CTO 5860-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MARZO 2024 CTO 5860-2023.pdf	CUENTA MARZO CTO 5860-2023-1.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ABRIL 2024 CTO 5860-2023.pdf	CUENTA ABRIL 2024 CTO 5860-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >



Banco de Occidente

puntos pagos

RECIBO DE PAGO

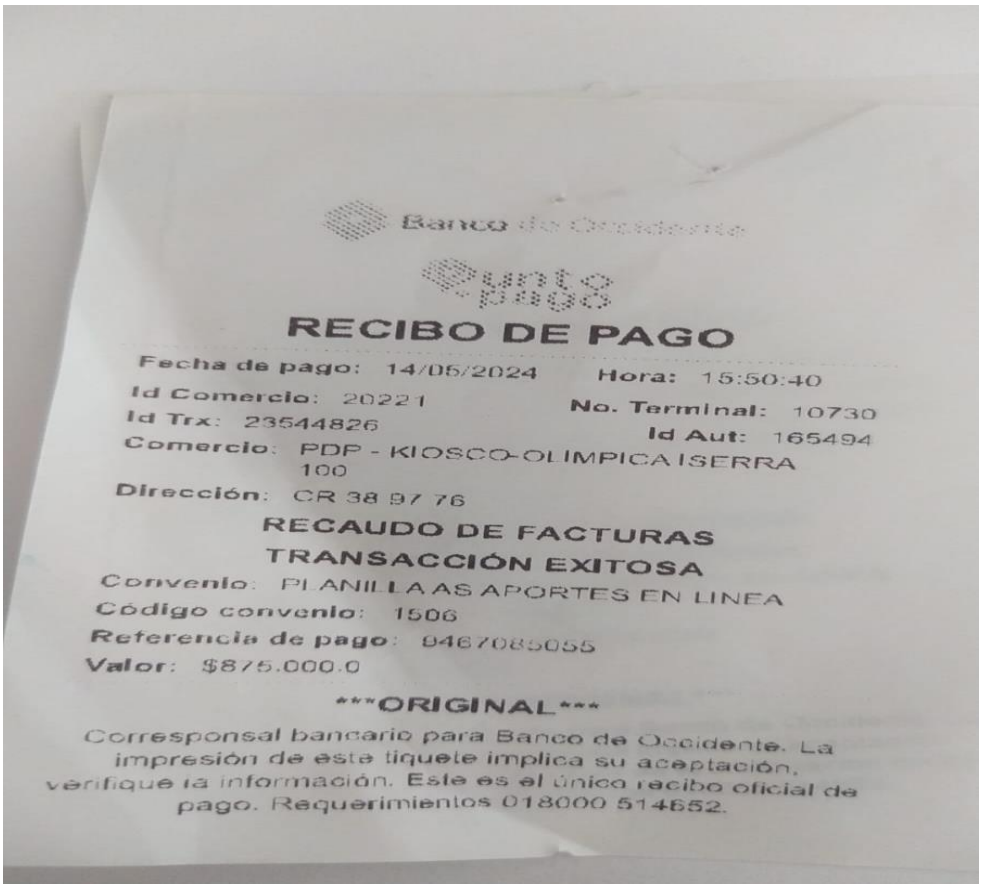
Fecha de pago: 16/05/2024 **Hora:** 17:01:27
Id Comercio: 20221 **No. Terminal:** 10730
Id Trx: 23781074 **Id Aut:** 162743
Comercio: PDP - KIOSCO-OLIMPICA ISERRA 100
Dirección: CR 38 97 76

RECAUDO DE FACTURAS
TRANSACCIÓN EXITOSA

Convenio: PLANILLA AS APORTES EN LINEA
Código convenio: 1506
Referencia de pago: 9467181319
Valor: $1.046.100.0

*****ORIGINAL*****

Corresponsal bancario para Banco de Occidente. La impresión de este tiquete implica su aceptación, verifique la información. Este es el único recibo oficial de pago. Requerimientos 018000 514652.



Banco de Occidente

puntos pagos

RECIBO DE PAGO

Fecha de pago: 14/05/2024 **Hora:** 15:50:40
Id Comercio: 20221 **No. Terminal:** 10730
Id Trx: 23544826 **Id Aut:** 165494
Comercio: PDP - KIOSCO-OLIMPICA ISERRA 100
Dirección: CR 38 97 76

RECAUDO DE FACTURAS
TRANSACCIÓN EXITOSA

Convenio: PLANILLA AS APORTES EN LINEA
Código convenio: 1506
Referencia de pago: 9467085055
Valor: $875.000.0

*****ORIGINAL*****

Corresponsal bancario para Banco de Occidente. La impresión de este tiquete implica su aceptación, verifique la información. Este es el único recibo oficial de pago. Requerimientos 018000 514652.

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 19452516		ANGARITA AREVALO AUGUSTO ABELARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 44 f N. 50-23 apt 412	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3162674418	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-04	2024-04	82165494	9467085055	I	2024/05/07	2024/05/15	BANCO DE OCCIDENTE	8	$875,000

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)					$3,049,617	$488,000			$3,049,617	$381,300			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$3,049,617	$488,000			$3,049,617	$381,300			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$3,049,617	$488,000			$3,049,617	$381,300			$0	$0			$0	$0		$0	$0
1	CC	19452516 ANGARITA AUGUSTO	230201	30	$3,049,617	$488,000	EPS005	30	$3,049,617	$381,300		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$3,049,617	$488,000			$3,049,617	$381,300			$0	$0			$0	$0		$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 19452516		ANGARITA AREVALO AUGUSTO ABELARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 44 f N. 50-23 apt 412	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3162674418	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-04	2024-04	82165494	9467085055	I	2024/05/07	2024/05/15	BANCO DE OCCIDENTE	8	$875,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$488,000	$3,200	$0	$491,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$488,000	$3,200	$0	$491,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$381,300	$2,500	$0	$383,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$381,300	$2,500	$0	$383,800
TOTAL				**1**	**$869,300**	**$5,700**	**$0**	**$875,000**