Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
	Fecha de aprobación	2/15/2018	
	Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Adriana cuellar cuellar						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	52788570	
CORREO ELECTRONICO:	dannitaramirez2006@gmail.com				CELULAR:	7029936	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	U C S CONVENIO SDE SALUD PUBLICA PIC FONTIBON				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO09V07-10	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	52590321044				PENSIONADO	NO	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO	2559			VIGENCIA	2024		
NÚMERO DE CDP	1126	FECHA	2024-04-25 16:51:08.000	NÚMERO DE CRP	26033	FECHA	2024-04-30 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2024-02-01		2024-02-29		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$2,471,871				
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 0%		N/A			

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$3,213,432
VALOR EJECUTADO	$3,213,432
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,471,871
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
9462967262	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los veintinueve(29) días del mes de Febrero de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Bibiana Yulieth Avila Bohorquez
20888182
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada Subred Suroccidente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Efectuar, bajo la directriz de la IED asignada, el reporte de casos en la IED, correspondientes al brote epidemiológico por el que atraviese la ciudad en el momento.	Se realiza socialización de las normas preventivas como son lavado de manos, manejo y uso correcto de tapabocas y distanciamiento físico.	Acta
Aplicar de manera inmediata el protocolo de la IED para el manejo inicial de cualquier brote epidemiológico y activar la ruta de atención, incluyendo la RIA en situaciones críticas que afecten el bienestar de los estudiantes, articulándose con el equipo de la estrategia RIO P.	Se notifica los casos confirmados bajo certificación medica presentados en la institución educativa, se reporta al sistema de alertas de la SDE, se notifica al equipo de epidemiologia de la subred sur occidente, se realiza seguimiento telefónico, se lleva registro institucionalizado por cada IDE	Formato de cada IED
Adelantar acciones pedagógicas con la comunidad educativa (estudiantes, docentes y personal administrativo) para la prevención de brotes epidemiológicos en las sedes de la IED asignada, durante las fechas y horas acordadas previamente con el (la) rector (a) del colegio o su delegado	Se realiza desde el correo de la IED la notificación de casos sospechosos soportados por certificación medica según indica SDS.	(si no han tenido casos por reportar escriben PARA ESTE MES NO SE PRESENTO CASOS EN LA IED)
Actuar como apoyo ante situaciones criticas que requieran la intervencion del equipo OCE DE LA SED.	Prestar mi colaboración ante alguna emergencia, donde se vea involucrada la salud física o mental de la comunidad educativa.	Bitácora, Acta
Adelantar acciones pedagógicas para la promoción en estilos de vida saludable de acuerdo con el lineamiento específico de la DBE e implementar las estrategias, acciones y proyectos de la Estrategia de Promoción del Bienestar, en las sedes de la IED asignada, durante las fechas y horas acordadas con el (la) rector (a) del colegio o su delegado.	Se Realiza actividad de concientización y estrategias que contribuyan al cambio de los malos hábitos tales como charlas, juego, proyección de videos, alegatos, mesa redonda entre otras actividades para aprendizaje en los diferentes espacios de la IED	carteleras y piezas comunicativas, videos etc.
Apoyar las campañas concertadas de tamizaje de talla y peso, y vacunación, que lleve a cabo la SDS en la IED asignada	Se realiza actividad informativa y piezas comunicativas avaladas por el rector de cada institución educativa para socialización a los estudiantes, docentes y personal administrativo	carteleras y piezas comunicativas
Participar en los procesos de capacitación que programe la SED, la Subred y la SDS para facilitar el desarrollo de sus actividades en la IED asignada y sus respectivas sedes.	Asistiré , Recibiré y colocare en práctica los conocimientos adquiridos en dichas actividades en pro del mejoramiento continuo del desarrollo de las actividades en el cargo asignado	actas y registro de asistencia
Apoyar al Comité Paritario de Salud y Seguridad en el Trabajo – COPASST- y a la brigada escolar institucional en la actualización de los Planes Escolares de Gestión del Riesgo, Emergencias y Cambio climático	Se participa en los comités organizadas y lideradas por la coordinación que corresponda en la IED para poder llevar a cabo los distintos planteamientos en pro del bienestar de la comunidad educativa	actas y registro de asistencia
Actuar como primer respondiente en casos de accidentes escolares, conforme a lo establecido en el artículo 131 del Código Penal Colombiano y acorde con lo establecido en la ruta de manejo de accidentes escolares de la SED en coordinación y colaboración con el primer respondiente del colegio	Colaborar con ligereza en caso de un accidente o eventualidad dentro de la IED	Bitácora
Realizar el reporte diario de actividades realizadas en la IED	Se realiza de forma diaria el diligenciamiento de la herramienta pedagógica y la bitácora	Se entrega la bitácora y herramienta pedagógica
Hacer uso semanal y reporte en los aplicativos de la herramienta pedagógica dispuesta por la SED.	Sacar ideas y nueva proyecciones para la planeación y desarrollo de los temas asignados dentro de la IED.	Dejar el registro de mi ingreso a los aplicativos del SDE
Presentar informes mensuales de las actividades desarrolladas en el marco del objeto contractual, junto con evidencias de su desarrollo, según las matrices o esquemas solicitados para tal fin.	Realizo el diligenciamiento y desarrollo de la herramienta pedagógica y bitácora donde se consignaran todas las actividades que se hayan realizado en dicho periodo	Se entrega la bitácora y herramienta pedagógica
Cumplir con asistencia presencial mensual para la entrega de informes y demás gestiones administrativas en la fecha y hora indicada por la subred	Asistir y entregar los registros de actividades en el desarrollo de las funciones asignadas	actas y registro de asistencia

Copia Controlada Subred Sur Occidente

Bibiana Yulieth Avila Bohorquez
20888182
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada
Subred Suroccidente

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA FEBRERO / 2024

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ADRIANA CUELLAR CUELLAR

CC. 52788570 DE BOGOTÁ.

La suma de $ **2.471.871** (DOS MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y UN PESOS) M/C, por concepto de servicios AUXILIAR DE ENFERMERIA durante el periodo de 01 de FEBRERO de 2024 al 29 de FEBRERO de 2024, de conformidad con lo establecido en el contrato de Prestación de Servicios N° **2559-2024**



ADRIANA CUELLAR CUELLAR

CC 52788570 DE BOGOTÁ.

CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA

NÚMERO **525-903210-44**

- ORIGINAL: E.P.S. - - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

FORMULARIO VÍA WEB

No 213

I. DATOS DEL TRÁMITE Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [X] B. REPORTE DE NOVEDADES [ ]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual A) Cotizante o cabeza de familia [ ] B) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: C. Contributivo [X] S. Subsidiado [ ]
4. TIPO DE AFILIADO: CO Cotizante [X] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]
5. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ] — CÓDIGO — FECHA DE LA SOLICITUD 22/01/2024

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: Cuellar — SEGUNDO APELLIDO: Cuellar — PRIMER NOMBRE: Adriana — SEGUNDO NOMBRE:
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: [Y] — 8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 52788.570 — 9. SEXO: F — 10. FECHA NACIMIENTO: 28/05/1980

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ÉTNICO — 12. DISCAPACIDAD: Tipo — Condición — 13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN — 14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL — 15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES: Colpensiones — 17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC: $ 1'300.000 — 18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Cra 72 F 9A 72. — R [ ] — LOCALIDAD / COMUNA — BARRIO: Bosque Campestre primavera.
CIUDAD / MUNICIPIO: Soacha — DEPARTAMENTO: Cundinamarca. — TELÉFONO FIJO — TELÉFONO MÓVIL: 3118490280 — CORREO ELECTRÓNICO: adriana.cuellar@sosh.com.co — CÓDIGO IPS

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR
Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 22. SEXO — 23. FECHA NACIMIENTO (DIA / MES / AÑO) — CÓDIGO IPS

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NÚMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO	28. FECHA DE NACIMIENTO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD: Tipo	Estado de
1									
2									
3									
4									

	32. DATOS DE RESIDENCIA: Ciudad / Municipio	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (La diligencia la EPS)	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud (IPS)	NIVEL DE SISBEN	GRUPO POBLACIONAL
1			R U						
2			R U						
3			R U						
4			R U						

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o Razón Social: Adriana Cuellar — 36. Tipo documento de identidad: [P] — 37. Número documento de identidad: 52788570 — DV — 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN: Cra 72 F 9A 72. — Soacha — Cundinamarca — TELÉFONO FIJO — CORREO ELECTRÓNICO
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 22/01/2024 — CARGO: Independiente — SALARIO: $ 1'300.000

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ] Causa: [ ]
6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIÓN PARA COTIZAR [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. MOVILIDAD: A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ] B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
14. TRASLADO: A) MISMO RÉGIMEN [ ] B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
16. REPORTE DEL TRAMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — SEXO — FECHA NACIMIENTO (DIA / MES / AÑO)
42. FECHA DE LA NOVEDAD — 43. EPS ANTERIOR Código — 44. MOTIVO DE TRASLADO Código — 45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ identificado(a) con _____ No _____ desde el día _____ del mes _____ del año _____ [ ]
46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) relacionado(s) dependen económicamente de mí. [ ]
47. Declaración de la no obligación de aportar al Fosyga/Fonprecon, Especial o de Excepción [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidieron entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiario. Anexo soporte de la Entidad [ ]
49. Declaración de no pertenencia del cotizante, Cabeza de familia, Beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud [ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y consulte datos y copias de la historia clínica del cotizante, Cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales [ ]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la Base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran [ ]
52. Autorización para que la EPS realice los cobros pertinentes del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1151 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 [ ]
53. Autorización para que la EPS envíe información y comunicaciones al afiliado como miembro de hogar [ ]

VIII. FIRMAS

54. Firma del cotizante, cabeza de familia o beneficiario — 55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] NC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] Cantidad [ ] Total [ ]
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital [ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación que declare la terminación de la unión marital [ ]
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor [ ]
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia [ ]
62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración jurada por el cotizante sobre la ausencia de los padres [ ]
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud [ ]
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordena la afiliación de oficio [ ]

nueva 22.01.24 Angélica María Novoa Cel. 320 4046667 angelica.novoa@nuevaeps.com.co

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio — Código del departamento — 67. Datos del SISBÉN: Número de ficha — Puntaje — Nivel — 68. Fecha de radicación (DIA / MES / AÑO) — 69. Fecha de validación (DIA / MES / AÑO)
70. Datos del funcionario que realiza la validación: Tipo documento de identidad — Número del documento de identidad — 71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES: 8699

6007000 ENERO / 2016 — Recuerde que con la firma del formulario el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario. — 01-014-009

- 2a. COPIA: AFILIADO -

Powered by CamScanner

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) ADRIANA CUELLAR CUELLAR identificado(a) con CC 52788570 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 01/04/2020

Estado de la Afiliación: **Vigente**

IPS: **BIENESTAR IPS SAS SOACHA**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 12 días del mes 3 del año 2024.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



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 52788570		CUELLAR CUELLAR ADRIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 121 65a-75	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3228490280	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-01	2024-01	9462967262	9462967262	I	2024/02/16	2024/02/15	BANCO DE BOGOTA	0	$120,800

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)					$390,000	$62,400			$390,000	$48,800			$0	$0			$390,000	$9,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$390,000	$62,400			$390,000	$48,800			$0	$0			$390,000	$9,600		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$390,000	$62,400			$390,000	$48,800			$0	$0			$390,000	$9,600		$0	$0
1	CC 52788570	CUELLAR ADRIANA	230301	9	$390,000	$62,400	EPS037	9	$390,000	$48,800		0	$0	$0	14-11	9	$390,000	$9,600	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$390,000	$62,400			$390,000	$48,800			$0	$0			$390,000	$9,600		$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 52788570		CUELLAR CUELLAR ADRIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 121 65a-75	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3228490280	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-01	2024-01	9462967262	9462967262	I	2024/02/16	2024/02/15	BANCO DE BOGOTA	0	$120,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$62,400	$0	$0	$62,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$62,400	$0	$0	$62,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,600	$0	$0	$9,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$9,600	$0	$0	$9,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$48,800	$0	$0	$48,800
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$48,800	$0	$0	$48,800
TOTAL				1	$120,800	$0	$0	$120,800