| | | |
|---|---|---|
| Secretaría Distrital de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-077**<br>**VERSIÓN: 3**<br>**FECHA: 2024-09-16** |

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

**INGRID GECELL SUAREZ MUÑOZ**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | 52.902.081 | | | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) 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 PBOFESIONALES No.** | **PS 2356 2024** | | **FECHA INICIO CONTRATO** | | **21/01/2024** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | **$ 8.243.840** | **PLAZO INICIAL DEL CONTRATO** | DOS (02) MESES | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | **$ 42.479.996** | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | | **$ 4.288.620** |
| **N° DE INFORME:** | 10 DIEZ | **N° CRP:** | 14288 | **N° CDP:** | 280 |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | 9 NUEVE MESES Y 10 DIEZ DIAS | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | 5DT CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | NATHALY DUQUE SALAZAR - ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20 | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:** | 6 | **TIPO DE MODIFICACIÓN** | **ADICIÓNES** | 6 | **PRORROGAS** | 5 | |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 4.821.024 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | $ 945 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 22066 | **TIEMPO PRORROGADO:** | (1) UN MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 5.296.416 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | $ 1.269 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 24799 | **TIEMPO PRORROGADO:** | (1) UN MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 6.295.296 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | $ 1.614 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 28295 | **TIEMPO PRORROGADO:** | (1) UN MES Y (10) DIEZ DIAS |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 5.058.720 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | $ 2.202 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 33430 | **TIEMPO PRORROGADO:** | (1) UN MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 11.803.680 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | $ 2.614 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 37412 | **TIEMPO PRORROGADO:** | (3) TRES MESES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 961.020 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | $ 2.786 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 39610 | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **CRP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |

**III. POLIZAS (SI APLICA)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **N° 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**<br>**(Deben ser coherentes con las actividades especificas realizadas durante el mes)** |
|---|---|
| 1 | Se recibio y entrego turno de acuerdo a lo acordado con el Supervisor y de conformidad al objeto misional de la entidad, se realizaron: 210 Horas para el mes de Octubre 2024 |
| 2 | Se realiza el plan de cuidado diario de enfermeria de acuerdo al diagnóstico y necesidades Identificadas. |
| 3 | Se verifico de las medidas preventivas de eventos adversos e identificando riesgos, garantizando la seguridad del paciente y reportando los eventos adversos que se presenten. |
| 4 | Se administraron los medicamentos oportunamente y verificar el cuidado directo a los pacientes de acuerdo a los protocolos y guías establecidas del servicio utilizando técnicas de asepsia y antisepsia y normas de bioseguridad, e informar al médico tratante y coordinadores la no existencia de medicamentos para realizar reajuste de tratamiento. |
| 5 | Se Apoyo la supervisión de las actividades del personal auxiliar de enfermería y camilleros, observando que se realicen los procedimientos y revisando registros de enfermería. |
| 6 | Se Realizo la actualización del kardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo con las normas establecidas en forma escrita y cada vez que se requiera el cambio del tratamiento del paciente. |
| 7 | Se Controlaron los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio. |
| 8 | Se Realizan las devoluciones de V al servicio de farmacia de los medicamentos e insumos por paciente antes del egreso y diariamente cuando así lo amerite. |
| 9 | Participe en forma activa en la revista médica diaria dando sus aportes según sea el caso. |
| 10 | Se Realiza la asignación de paciente a cada auxiliar de acuerdo al número de pacientes, complejidad y de acuerdo a las necesidades del servicio. |
| 11 | Responder por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos entregados en el servicio. |
| 12 | Se Realiza la asignación oportuna de camas y registro oportuno en el aplicativo Dinámica Gerencial, para los pacientes que los requieran, realizando los traslados necesarios para tal fin de forma oportuna, colaborando con el giro de cama. |
| 13 | Tramitar de forma oportuna exámenes de laboratorio, radiología, exámenes especiales y remisiones que requieran los pacientes a cargo. |
| 14 | Se da cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999 y al manual de manejo de historia clínica de la Subred. |
| 15 | Doy cumplimiento con lo establecido en las normas y protocolos de la institución en cuanto a el uso del uniforme y elementos de protección dentro de las áreas asignadas. |
| 16 | Se Realiza cumplimiento según protocolo carro paro, secuencia y verificación candados de seguridad, registros oportunos según formatos establecidos teniendo en cuenta el registro de temperatura y descarga. Desfibrilador en el servicio asignado. |

| | |
|---|---|
| 17 | Se Porto el carnet institucional de la Subred durante la ejecución de actividades contractuales. |
| 19 | Se hace verificacion y supervisión de protocolo limpieza y desinfección con el personal a cargo y su respectivo registro. |
| 20 | Se cumplen las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio, acorde a las guias y protocolos institucionales en el proceso de atención de enfermería. |
| 21 | Se ejecutan los procedimientos y cuidados a los pacientes que requieren manejo en el programa de clínica de heridas. |
| 22 | Se Supervisan las actividades del personal auxiliar de enfermería mediante supervisión directa e indirecta, observando realización de procedimientos y revisando registros de enfermería. |
| 23 | Se realizar la programación de las actividades del servicio tanto para la atención de los pacientes hospitalizados como de las agendas en pacientes ambulatorios. |
| 24 | Apoyo continuamente las actividades relacionadas con el proceso de acreditación y habilitación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E |
| 25 | cuando se requiere se Coordinar el apoyo técnico multidisciplinario con otras áreas y/o servicios cuando la atención del paciente de consulta externa y hospitalización así lo amerite. |
| 26 | Participo en la elaboración de protocolos, manuales y guías del servicio cuando se necesita. |
| 28 | Se apoya de en gestión y operación de: BAI, SIVIGILA, IAAS, EEVV, Patologías y Eventos de Alto Costo, seguimiento y monitoreo de Cohortes según grupos de riesgo priorizados en el marco del MAITE. |
| 29 | cuando se Requiera se realiza el diligenciamiento de los RIPS, de conformidad a la normatividad vigente y requerimientos institucionales. |
| 30 | Se Realiza la búsqueda activa de usuarios en el servicio de Hospitalización y Ambulatorio con criterio de ingreso al programa que lidera. |
| 31 | Se Realiza los registros en DHG historia clínica de Enfermería. |

**V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

| No. DE PLANILLA: | 9474894506-9475424900 | OPERADOR: | APORTES EN LINEA |
|---|---|---|---|

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | SURA | 15/10/24-16/10/24 | $ 177.700 |
| PENSIÓN: | PORVENIR | 15/10/24-16/10/24 | $ 227.400 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 15/10/24-16/10/24 | $ 34.700 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 439.800 |

**VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA**

1 - Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
2 - Que realice 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 ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV ( de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, 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

INGRID CECELL SUAREZ MUÑOZ
C.C: 52902081
CEL: 3112896325

| | | |
|---|---|---|
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E<br>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN<br>FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION | CÓDIGO: AP-IA-FT-078<br>VERSIÓN: 2<br>FECHA: 2024-09-16 |

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

**INGRID GECELL SUAREZ MUÑOZ**

**NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 52.902.081**

**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

| | |
|---|---|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) 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 2356 2024 | | FECHA INICIO CONTRATO | | 21/01/2024 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | $ 42.479.996 | | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | | $ 4.288.620 |
| N° PAGO / N° DE INFORME: | 10 DIEZ | N° CRP INICIAL: | 14288 | N° CDP INICIAL DEL CONTRATO | 280 |
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS | 9 NUEVE MESES Y 10 DIEZ DIAS | | | | |
| N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL: | 9474894506-9475424900 | | OPERADOR: | | APORTES EN LINEA |
| PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES: | ENFERMERIA | | | | |
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | 5DT CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY | | | | |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | NATALY DUQUE SALAZAR | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| N° DE MODIFICACIÓN: | N° 6 | TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA): | | | | ADICION 6 | PRORROGA 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VALOR ADICIONADO | $ 4.821.024 | CDP DE LA | 945 | RP DE LA | 22066 | TIEMPO | (1) UN MES |
| VALOR ADICIONADO | $ 5.296.416 | CDP DE LA | 1269 | RP DE LA | 24799 | TIEMPO | (1) UN MES |
| VALOR ADICIONADO | $ 6.295.296 | CDP DE LA ADICIÓN: | 1614 | RP DE LA ADICIÓN: | 28295 | TIEMPO PRORROGADO: | (1) UN MES Y (10) DIEZ DIAS |
| VALOR ADICIONADO | $ 5.058.720 | CDP DE LA | 2202 | RP DE LA | 33430 | TIEMPO | (1) UN MES |
| VALOR ADICIONADO | $ 11.803.680 | CDP DE LA | 2614 | RP DE LA | 37412 | TIEMPO | (3) TRES MESES |
| VALOR ADICIONADO | $ 961.020 | CDP DE LA | 2786 | RP DE LA | 39610 | TIEMPO | |
| VALOR ADICIONADO | | CDP DE LA | | RP DE LA | | TIEMPO | |
| VALOR ADICIONADO | | CDP DE LA | | RP DE LA | | TIEMPO | |
| 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. POLIZAS (SI APLICA)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| N° DE PÓLIZA: | XX | NOMBRE DE LA ASEGURADORA: | XX |
| FECHA DE LA PÓLIZA | DD/MM/AAAA | ACTO ADMINISTRATIVO DE | XX |

**IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS**

*SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO 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 **clausula "Forma de Pago, CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del **( 01/10/2024) AL (31/10/2024)**

| | |
|---|---|
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO: | NATHALY DUQUE SALAZAR<br>Enfermero Codigo 243 Grado 20 - Referente Enfermeria<br><br>MARCELA TRIVIÑO CORTES<br>Enlace Operativo - Direccion Hospitalarios - Enfermeria |

| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E<br>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN<br>FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN | CÓDIGO: AP-IA-FT-014<br>VERSIÓN: 6<br>FECHA: 2024-09-16 |
|---|---|---|

| DATOS DEL CONTRATISTA | | | |
|---|---|---|---|
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/10/2024) | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS: | INGRID GECELL SUAREZ MUÑOZ | CC: | 52902081 |
| | | RUT (NIT): | |
| CORREO ELECTRÓNICO: | GECELL82@GMAIL.COM | TELÉFONO: | 3112896325 |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | KR 13A 30 15 | CIUDAD: | BOGOTA |

| 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 parágrafo 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: | OTRO | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE) | DAVIVIENDA | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | Nº CUENTA: | 8400792506 |

| NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO) | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº DEL CONTRATO: | PS 2356 2024 | Nº CDP: | 280 | Nº. RP: | 14288 | PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: 9 NUEVE MESES Y 10 DIEZ DIAS |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 21/01/2024 | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | | 31/10/2024 | | VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 42479996 |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | DEL 01/10/2024 AL 31/10/2024 | | | | | |
| VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS) | $ 4.288.620 | | | | | |
| | CUATRO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE | | | | | |

INGRID GECELL SUAREZ MUÑOZ
52902081
3112896325

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 52902081 | | SUAREZ MUÑOZ INGRID GECELL | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Crra 13a 30-61 sur | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 6594245 | No |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-09 | 2024-09 | 979245460 | 9474894506 | I | 2024/10/18 | 2024/10/15 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $402,200 |

**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) | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | $31,700 | | $0 | $0 |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados) | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | $31,700 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | $31,700 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 52902081 | SUAREZ INGRID | 230301 | 30 | $1,300,000 | $208,000 | EPS010 | 30 | $1,300,000 | $162,500 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $1,300,000 | $31,700 | 0 | $0 | $0 |
| Total Afiliados( 1) | | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | $31,700 | | $0 | $0 |

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 52902081 | | SUAREZ MUÑOZ INGRID GECELL | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Crra 13a 30-61 sur | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 6594245 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-09 | 2024-09 | 979245460 | 9474894506 | I | 2024/10/18 | 2024/10/15 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $402,200 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $208,000 | $0 | $0 | $208,000 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $208,000 | $0 | $0 | $208,000 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $31,700 | $0 | $0 | $31,700 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $31,700 | $0 | $0 | $31,700 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $162,500 | $0 | $0 | $162,500 |
| EPS SURA (ANTES SUSALUD) | EPS010 | 800,088,702 | 2 | 1 | $162,500 | $0 | $0 | $162,500 |
| TOTAL | | | | 1 | $402,200 | $0 | $0 | $402,200 |



2024/10/13 10:32 PM

## 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 52902081 | | SUAREZ MUÑOZ INGRID GECELL | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Crra 13a 30-61 sur | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 6594245 | No |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-09 | 2024-09 | 983936676 | 9475424900 | N | 2024/10/18 | 2024/10/16 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $37,600 |

**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)** | | | | | $121,232 | $19,400 | | | $121,232 | $15,200 | | | $0 | $0 | | | $121,232 | $3,000 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $121,232 | $19,400 | | | $121,232 | $15,200 | | | $0 | $0 | | | $121,232 | $3,000 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $121,232 | $19,400 | | | $121,232 | $15,200 | | | $0 | $0 | | | $121,232 | $3,000 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 52902081 | SUAREZ INGRID | 230301 | 30 | ($1,300,000) | ($208,000) | EPS010 | 30 | ($1,300,000) | ($162,500) | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | ($1,300,000) | ($31,700) | 0 | $0 | $0 |
| 2 | CC | 52902081 | SUAREZ INGRID | 230301 | 30 | $1,421,232 | $227,400 | EPS010 | 30 | $1,421,232 | $177,700 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $1,421,232 | $34,700 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | | $121,232 | $19,400 | | | $121,232 | $15,200 | | | $0 | $0 | | | $121,232 | $3,000 | | $0 | $0 |

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 52902081 | | SUAREZ MUÑOZ INGRID GECELL | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Crra 13a 30-61 sur | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 6594245 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-09 | 2024-09 | 983936676 | 9475424900 | N | 2024/10/18 | 2024/10/16 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $37,600 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $19,400 | $0 | $0 | $19,400 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $19,400 | $0 | $0 | $19,400 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $3,000 | $0 | $0 | $3,000 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $3,000 | $0 | $0 | $3,000 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $15,200 | $0 | $0 | $15,200 |
| EPS SURA (ANTES SUSALUD) | EPS010 | 800,088,702 | 2 | 1 | $15,200 | $0 | $0 | $15,200 |
| TOTAL | | | | 1 | $37,600 | $0 | $0 | $37,600 |