Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-077** **VERSIÓN: 2** **FECHA: 2024-09-16**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
YAQUELINE MOYANO MAHECHA					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			**52.054.171**		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		**PS 3006 2024**	**FECHA INICIO CONTRATO**		**1/02/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 9.951.000**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	DOS (2) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 44.779.500**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 4.975.500**
N° DE INFORME:	**N°9**	**N° CRP:**	16903	**N° CDP:**	172
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		1SC HOSPITAL SANTA CLARA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		MARYURY DIAZ CESPEDES (SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD)			

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	**7**	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**7**	**PRORROGAS**	**7**	
VALOR ADICIONADO	**$ 4.975.500**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	992	**CRP DE LA ADICIÓN:**	23094	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 4.975.500**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1396	**CRP DE LA ADICIÓN:**	25706	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 4.975.500**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1760	**CRP DE LA ADICIÓN:**	30111	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 4.975.500**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2232	**CRP DE LA ADICIÓN:**	34149	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 4.975.500**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2602	**CRP DE LA ADICIÓN:**	36028	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 4.975.500**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3075	**CRP DE LA ADICIÓN:**	40808	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 4.975.500**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3359	**CRP DE LA ADICIÓN:**	42949	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ -**	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	**$ -**	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	**$ -**	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	**$ -**	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	**$ -**	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		**SI**		**NO**	**X**
N° DE PÓLIZA:			**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA		**FECHA DE APROBACIÓN:**		DD/MM/AAAA

ITEM	**IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO** **(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)**
1	Capacitar a los funcionarios de la institución con el fin de evitar los errores e inconsistencias en el proceso integral de atención de los usuarios que puedan generar objeciones y glosas por parte de los diferentes pagadores. Se realiza seguimiento de Produccion con la Direccion Tecnica de Servicios Ambulatorios de las tipologias Consultorio Basico, Especializado, Odontologico Basico y Especializado adjuntando base de registros en blanco los dias 12, 23, 27 de septiembre y 4 y 10 de octubre
2	Auditar las glosas recibidas y dar respuesta de manera oportuna y de acuerdo con las directrices institucionales, con el fin de mantener los tiempos determinados por la legislación vigente. Se realiza seguimiento de Produccion con la Direccion Hospitalaria de las tipologias Egreso UCI's e Intermedios los dias 12, 24, 30 de septiembre y octubre 8. Se reporta a facturacion los hallazgos en produccion que se encuentran en otras tipologias para realizar el ajuste.
3	Adelantar la conciliación de Glosas y reiteración con los diferentes pagadores y prestadores de servicios asegurando que se ajusten a las normas técnicas y científicas vigentes y a los términos contractuales, dentro de tiempos oportunos con lo cual se espera optimizar la disponibilidad de recursos de la institución. Se realiza seguimiento de Produccion con la Direccion Hospitalaria de las tipologias Egreso cama Basica y Egreso cama Especializada, los dias 12, 24, 30 de septiembre y octubre 8. Se reporta a facturacion los hallazgos en produccion que se encuentran en otras tipologias para realizar el ajuste
4	Informar a las diferentes dependencias de la institución acerca de las causales de la glosa aceptada con lo cual se espera generar politicas de autocontrol y planes de mejoramiento de la prestación del servicio. Se realiza seguimiento de Produccion con la Direccion Tecnica de Servicios Hospitalarios de las tipologias Quirurgicas (grupos 2 al 6, 7 al 10, 11 al 13, 20 a 23 y Partos y Cesareas) los dias 12, 24, 30 de septiembre y octubre 8.
5	Participar activamente en los Comités para una efectiva toma de decisiones en el mejoramiento continuo institucional. Se realiza seguimiento de Produccion con la Direccion Tecnica de Urgencias de la tipologia Consultorio de Urgencias los dias 12, 23, 27 de septiembre y 4 y 10 de octubre
6	Reportar ante el área de facturación los hallazgos referentes a subfacturación y sobrefacturación. Se realiza la conciliación de objeciones realizadas a la produccion hospitalaria del mes de octubre 2023 a la Subred Centro Oriente, contrato 003 PGP con el auditor de Capital Salud el 27 de septiembre y 2 y 3 de octubre. Se asiste a mes de trabajo con facturacion de analisisde tipificacion de tipologias con el area de facturacion el 11 de octubre
7	Dar respuesta a las inquietudes y solicitudes de concepto de las diferentes áreas de la institución con lo cual se asegura el adecuado cumplimiento de los protocolos institucionales y la normatividad vigente. Se inicia la auditoria de las objeciones de la produccion hospitalaria del mes de NOVIEMBRE 2023correspondientes al archivo OBJECIONES CUARTO TRIMESTRE CONTRATO CAPITAL SALUD PGP septiembre y octubre

Powered by CamScanner

8	Recolección de soportes para tramite de Refacturación o Juridico que se generen de las decisiones tomadas por el Comité de Glosa Administrativo y Asistencial. Se asiste a reunion con el area de mercadeo para proyeccion de produccion de tipologias 2024 el 7 de octubre. Se asiste a reunion de la Subgerencia de Servicios de Salud precedida por la dra Marytury Diaz el 4 de octubre
9	Remitir a la Oficina de control interno disciplinarios los casos de glosas en los que no se llegue acuerdo con los pagadores para su respectivo tramite. Se asiste a reunion virtual de supervision de contrato 003 PGP el 19 de septiembre
10	Solicitud directa con el especialista tratante del concepto Médico para soportar la pertinencia de las objeciones interpuestas por los pagadores. Se asiste a reunion de revision financiera de contratos Capital Salud PGP, PYD y Evento en las instalaciones de Capital Salud el 12 de septiembre
11	Revisar, Consolidar y socializar el Informe del censo diario Informe de oxigeno diario y tomografia pendiente. Revisar, consolidar y socializar la matriz de auditoria. Se realiza informe del primer trimestre de ejecución del contrato GLPCCNTR 6362497-24 suscrito entre la Subred Centro Oriente y el FFDS el cual se envía por correo a a la Subgerencia para verificacion y posterior firma el 19 de septiembre para radicar antes del 30 de septiembre

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9474858287	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR EPS	15/10/2024	$ 248.800
PENSIÓN:	PROTECCION AFP	15/10/2024	$ 318.500
RIESGOS LABORALES:	SURA ARL	15/10/2024	$ 48.500
OTRO	CCF COMPENSAR	15/10/2024	$ 12.000
	TOTAL PAGADO		$ 627.800

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro
2.- Que realicé 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

Yaqueline Moyano.

YAQUELINE MOYANO MAHECHA
CC: 52.054.171
CEL: 3112110878

VoBo CAROLINA ORTIZ

Powered by CamScanner

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-014** **VERSIÓN: 6**

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/10/2024)

NOMBRES Y APELLIDOS:	YAQUELINE MOYANO MAHECHA	**CC:**	52054171
		RUT (NIT):	52054171 2
CORREO ELECTRÓNICO:	yaquiaergo@hotmail.com	**TELÉFONO:**	3112110878
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 3 SUR N° 70 84 APARTAMENTO 503 TORRE 6	**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

Regimen 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:	**BANCO DE BOGOTÁ**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**25394495**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

N° DEL CONTRATO:	**PS 3006 2024**	**N° CDP:**	**3359**	**N°. RP:**	**42949**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : NUEVE (9) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**12/01/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/10/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 44.779.500**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/10/2024 AL 31/10/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$**					**4.975.500**
	CUATRO MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS PESOS					

YAQUELINE MOYANO MAHECHA
C/C 52.654.171
cel: 3112110878

Powered by CamScanner

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-078** **VERSIÓN: 2**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**YAQUELINE MOYANO MAHECHA**
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**52.054.171**

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3006 2024			**FECHA INICIO CONTRATO**	**1/02/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$**				9.951.000,00
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$**	44.779.500,00		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$** 4.975.500,00
N° PAGO / N° DE INFORME:	(9 DE 9)	**N° CRP INICIAL:**	16903	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	172
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	(N° 9474858287)		**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	1SC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARYURY DIAZ CESPEDES (SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD)				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N° (7)	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICION (7)	PRORROGA (7)
VALOR ADICIONADO	**$** 4.975.500	**CDP DE LA ADICIÓN:**	992	**RP DE LA ADICIÓN:**	23094	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$** 4.975.500	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1396	**RP DE LA ADICIÓN:**	25706	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$** 4.975.500	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1760	**RP DE LA ADICIÓN:**	30111	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$** 4.975.500	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2232	**RP DE LA ADICIÓN:**	34149	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$** 4.975.500	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2602	**RP DE LA ADICIÓN:**	36028	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$** 4.975.500	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3075	**RP DE LA ADICIÓN:**	40808	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$** 4.975.500	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3359	**RP DE LA ADICIÓN:**	42949	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$** -	**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	**$** -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	**$** -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

Powered by CamScanner

III. POLIZAS (SI APLICA)				
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X
N° DE POLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	ACTO ADMINISTRATIVO DE		

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:	**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:** **MARYURY DIAZ CESPEDES** **CARGO: SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD**
	NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: **MARCELA CAROLINA ORTIZ GUEVARA** **PERFIL: APOYO ESPECIALIZADO SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**

Powered by CamScanner

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52054171		MOYANO MAHECHA YAQUELINE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 3sur70-84apto503to 6	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4671013	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	1000001184	9474858287	I	2024/10/17	2024/10/15	BANCO DE BOGOTA	0	$627,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,990,200	$318,500			$1,990,200	$248,800			$1,990,200	$12,000			$1,990,200		$48,500		$0	$0		$627,800
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,990,200	$318,500			$1,990,200	$248,800			$1,990,200	$12,000			$1,990,200		$48,500		$0	$0		$627,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$1,990,200	$318,500			$1,990,200	$248,800			$1,990,200	$12,000			$1,990,200		$48,500		$0	$0		$627,800
1	CC	52054171	MOYANO YAQUELINE																	230201	30	$1,990,200	$318,500	EPS008	30	$1,990,200	$248,800	CCF24	30	$1,990,200	$12,000	14-11	30	$1,990,200	2.436%	$48,500	30	$0	$0	No	$627,800
Total		**Afiliados(1)**																				$1,990,200	$318,500			$1,990,200	$248,800			$1,990,200	$12,000			$1,990,200		$48,500		$0	$0		$627,800

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52054171		MOYANO MAHECHA YAQUELINE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 3sur70-84apto503to 6	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4671013	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	1000001184	9474858287	I	2024/10/17	2024/10/15	BANCO DE BOGOTA	0	$627,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$318,500	$0	$0	$318,500
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$318,500	$0	$0	$318,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$48,500	$0	$0	$48,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$48,500	$0	$0	$48,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$12,000	$0	$0	$12,000
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$12,000	$0	$0	$12,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$248,800	$0	$0	$248,800
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$248,800	$0	$0	$248,800
TOTAL				1	$627,800	$0	$0	$627,800

Powered by CamScanner

2024/10/16 08:58 AM

IBC CORRECTO CAROLINA ORTIZ