| | | |
|---|---|---|
| | 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: 2<br>FECHA: 2024-09-16 |

| CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y | |
|---|---|
| GLADYS LORENY JAMIOY PEÑA | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: | 1,124,550,703 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL 2230116/2023 ENTERRITORIO |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 4937 2024 | | FECHA INICIO CONTRATO | | 4/9/2024 |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | $ 4,383,485 | PLAZO INICIAL DEL CONTRATO | UN (1) MES Y VEINTIOCHO (28) DIAS | | |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO *INCLUIDO ADICIONES:* | $ 4,383,485 | | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | | $ 2,267,320 |
| Nº DE INFORME: | 2 | Nº CRP: | 41388 | Nº CDP: | 2773 |
| PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS | UN (1) MES Y VEINTIOCHO (28) DIAS | | | | |
| UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | 4SM CENTRO DE SALUD SAMPER MENDOZA | | | | |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | LORENZA BECERRA CAMARGO DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05 | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO: | 0 | TIPO DE MODIFICACIÓN | ADICIÓNES | 0 | PRORROGAS | 0 | |
| 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: | |
| 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: | |
| 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 |
| Nº 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<br>(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes) |
|---|---|
| 1 | Se realiza actividades de prevención y promoción y oferta de pruebas rápidas de VIH, Se brindó asesoria pre y pos del tamizaje de VIH durante el mes de Octubre en las siguientes localidades: Recorrido barrio Santafe en los diferentes pagadiarios, actividad en carpa parque los periodistas, Recorrido localidad de antonio Nariño, recorrido los Martires, recorrido barrio la sabana, recorrido primera de Mayo, carpa barrio santafe, carpa parque Santander. |
| 2 | Se apoyó en conjunto con el equipo de Enterritorio la realización de fichas técnicas para la implementación de las actividades de promoción y oferta de pruebas rápidas de VIH, Con asesoria previa y de cada prueba rapida |
| 3 | Se asiste los dias lunes del mes de Octubre a las reuniones de equipo para planeación y asistencia técnica por parte de coordinación del proyecto |
| 4 | Se realiza las siguientes actividades de Promocion y oferta de pruebas rápidas de VIH, con asesoria antes y despúes de la toma de la prueba a la poblacion clave durante el mes de Octubre en las siguientes jonadas:<br>Recorrido barrio Santafe en los diferentes pagadiarios, actividad en carpa parque los periodistas, Recorrido localidad de antonio Nariño, recorrido los Martires, recorrido barrio la sabana, recorrido primera de Mayo, carpa barrio santafe, carpa parque Santander. |
| 5 | Se realiza las siguientes actividades de Promocion y oferta de pruebas rápidas de VIH, con asesoria antes y despúes de la toma de la prueba a la poblacion clave durante el mes de Octubre en las siguientes jonadas:<br>Recorrido barrio Santafe en los diferentes pagadiarios, actividad en carpa parque los periodistas, Recorrido localidad de antonio Nariño, recorrido los Martires, recorrido barrio la sabana, recorrido primera de Mayo, carpa barrio santafe, carpa parque Santander. |
| 6 | Se realiza las siguientes actividades de Promocion y oferta de pruebas rápidas de VIH, con asesoria antes y despúes de la toma de la prueba a la poblacion clave durante el mes de Octubre en las siguientes jonadas:<br>Recorrido barrio Santafe en los diferentes pagadiarios, actividad en carpa parque los periodistas, Recorrido localidad de antonio Nariño, recorrido los Martires, recorrido barrio la sabana, recorrido primera de Mayo, carpa barrio santafe, carpa parque Santander. |
| 7 | Se realiza las siguientes actividades de Promocion y oferta de pruebas rápidas de VIH, con asesoria antes y despúes de la toma de la prueba a la poblacion clave durante el mes de Octubre en las siguientes jonadas:<br>Recorrido barrio Santafe en los diferentes pagadiarios, actividad en carpa parque los periodistas, Recorrido localidad de antonio Nariño, recorrido los Martires, recorrido barrio la sabana, recorrido primera de Mayo, carpa barrio santafe, carpa parque Santander. |
| 8 | Se brinda orientación para el llenado del consenmtiemiento informado |
| 9 | Se realiza manejo adecuado de los residuos biologicos según protocolo de la subred Centro Oriente |
| 10 | Se brinda orientación para el llenado del consentiemiento informado para obetener la información adecuada del beneficiario |
| 11 | Se verifica base de datos según lineamiento de la coordinacion del proyecto |
| 12 | Se realiza diligenciamiento según directriz de Enterritorio y coordinación del proyecto |
| 13 | Se asiste los dias lunes durante el mes de Octubre a las reuniones de equipo para planeación y asistencia técnica por parte de la coordinación del proyecto |
| 14 | Se cumple con el cuidado y manejo de los insumos de trabajo según lineamiento de la coordinacion del proyecto |
| 15 | Se mantiene en buen estado elementos de trabajo, tales como el camet chaleco y uniforme |
| 16 | Se realiza entrega adecuada de los formatos diligenciados |

| | |
|---|---|
| 17 | Se asiste a actividades programadas |
| 18 | Se asiste a reuniones y espacios de capacitación convocadas por Enterritorio y la coordinación del proyecto |
| 19 | Se asiste a reuniones de planeación para la busqueda de estrategias para el abordaje de la poblacion clave |
| 20 | Se realiza Promocion y oferta del uso del condón, lubricante y PreP según formación y orientación de la prevención combinada |
| 21 | Se realiza entrega adecuada de canalización al equipo psicosial de los beneficiarios reactivos durante las actividades. |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | **9475310753** | **OPERADOR:** | **APORTES EN LINEA** |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | COMPENSAR | 11/10/2024 | $ 163,600 |
| PENSIÓN: | COLPENSIONES | 11/10/2024 | $ 209,400 |
| RIESGOS LABORALES: | SEGUROS BOLIVAR | 11/10/2024 | $ 32,000 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 405,000 |

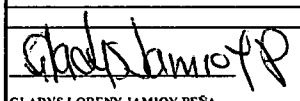
**VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA**

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 canceladas 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 período correspondiente



**GLADYS LORENY JAMIOY PEÑA**
**CC: 1.124.855.703**
**CEL: 3212457738**

| | 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:** | GLADYS LORENY JAMIOY PEÑA | **CC:** | 1124550703 |
| | | **RUT (NIT):** | |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | gladysjamioyp@gmail.com | **TELÉFONO:** | 3212457738 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | KRA 88 H BIS #41-33 SUR | **CIUDAD:** | BOGOTÁ D.C. |

**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.

| | | |
|---|---|---|
| **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:** | **DAVIVIENDA** | | | | |
| **NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)** | | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | 4508002299 |

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

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DEL CONTRATO:** | PS 4937 2024 | **N° CDP:** | 2773 | **N°. RP:** | 41388 | **PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : UN (1) MES Y VEINTIOCHO (28) DIAS** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | 4/9/2024 | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | 31/10/2024 | | **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $4.383.485** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | DEL 01/10/2024 AL 31/10/2024 | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)** | $ | | | | | 2,267,320 |
| | **DOS MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE** | | | | | |

Gladys Jamioy P.

**GLADYS LORENY JAMIOY PEÑA**
**C.C 1124550703**
**Cel: 3212457738**

| | | |
|---|---|---|
| | 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 | |
|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA | GLADYS LORENY JAMIOY PEÑA |
| NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 1,124,855,703 |

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

| | |
|---|---|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL 2230116/2023 ENTERRITORIO |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 4937 2024 | | FECHA INICIO CONTRATO | | 5/9/2024 |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | $ | | | | 4,383,485.00 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | $ 4,383,485.00 | | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | | $ 2,267,320.00 |
| Nº PAGO / Nº DE INFORME: | 2 DE 2 | Nº CRP INICIAL: | 41388 | Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO | 2773 |
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS | UN (1) MES Y VEINTIOCHO (28) DIAS | | | | |
| Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL: | 9475310753 | | OPERADOR: | APORTES EN LINEA | |
| PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES: | CONVENIO ENTERRITORIO DIRECCIÓN GESTIÓN DEL RIESGO | | | | |
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | 4SM CENTRO DE SALUD SAMPER MENDOZA | | | | |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | LORENZA BECERRA CAMARGO DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05 | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| Nº DE MODIFICACIÓN: | Nº | TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRORROGA): | | | ADICION ( X ) | PRORROGA ( ) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 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: | |
| 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: | |
| 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)**

| ¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO? | SI | | NO | X |
|---|---|---|---|---|
| Nº DE POLIZA: | | NOMBRE DE LA ASEGURADORA: | | |
| FECHA DE LA POLIZA | DD/MM/AAAA | ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN: | | |

**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:<br>LORENZA BECERRA CAMARGO<br>CARGO:<br>DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05 |
| | NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:<br>JOHN MARIO GAMA GONZALEZ<br>PERFIL:<br>COORDINADOR CONVENIO 2230116/2023 |

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 1124855703 | | JAMIOY PEÑA GLADYS LORENY | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | KRA 88 H BIS # 41 33 SUR | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5555555 | 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 | 974783022 | 9475310753 | I | 2024/10/02 | 2024/10/11 | BANCO DAVIVIENDA | 9 | $405,000 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $208,000 | $1,400 | $0 | $209,400 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $208,000 | $1,400 | $0 | $209,400 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $31,700 | $300 | $0 | $32,000 |
| SEGUROS BOLIVAR | 14-7 | 860,002,503 | 2 | 1 | $31,700 | $300 | $0 | $32,000 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $162,500 | $1,100 | $0 | $163,600 |
| COMPENSAR | EPS008 | 860,066,942 | 7 | 1 | $162,500 | $1,100 | $0 | $163,600 |
| TOTAL | | | | 1 | $402,200 | $2,800 | $0 | $405,000 |



2024/10/11 08:33 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 1124855703 | | JAMIOY PEÑA GLADYS LORENY | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | KRA 88 H BIS # 41 33 SUR | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5555555 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Límite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-09 | 2024-09 | 974783022 | 9475310753 | I | 2024/10/02 | 2024/10/11 | BANCO DAVIVIENDA | 9 | $405,000 |

**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 ) | | | | | | | $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 | 1124855703 | JAMIOY GLADYS | | 25-14 | 30 | $1,300,000 | $208,000 | EPS008 | 30 | $1,300,000 | $162,500 | | 0 | $0 | $0 | 14-7 | 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 |

ÁREA DE APROBACIÓN

La fase del proceso fue aprobada.

Flujos de aprobación 1

MOSTRAR DETALLES

Flujos de aprobación 2

MOSTRAR DETALLES

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

## Documento del contrato cargado

Volver | Evaluar proveedor | Imprimir | Modificar | < | >

### Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

### Plan de Pagos

| Id de pago | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor neto de la factura | Valor total de la factura | Valor a pagar | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

*No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados*

### Balance de pagos y Balance de entregas

| | | % del valor del contrato | % del valor amortizado |
|---|---|---|---|
| Valor total contrato: | 4.383.485,00 COP | - | - |
| Valor anticipo: | 0,00 COP | 0% | - |
| Valor de las entregas | 0,00 COP | 0% | - |
| Valor facturado: | 0,00 COP | 0% | - |
| Valor facturado pendiente de pago: | 0,00 COP | 0% | - |
| Valor pagado: | 0,00 COP | 0% | - |
| Valor amortizado del anticipo: | 0,00 COP | 0% | 0% |
| Valor pendiente de amortizar: | 0,00 COP | 0% | 0% |
| Valor pendiente de ejecución: | 4.383.485,00 COP | 100% | - |
| Valor pendiente de entrega: | 4.383.485,00 COP | 100% | - |

### Documentos de ejecución del contrato

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | PS 4937 2024 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2024.pdf | PS 4937 2024 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2024.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 4937 2024 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2024.pdf | PS 4937 2024 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2024.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |

Borrar | Cargar nuevo

Volver | Evaluar proveedor | Imprimir | Modificar | < | >