	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						
EDWARD JULIAN RODRIGUEZ MOLANO						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1,007,794,239					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO EN SANEAMIENTO AMBIENTAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5073 2024		**FECHA INICIO CONTRATO**	26/09/2024		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2,004,134	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	VEINTITRES (23) DIAS			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 4,618,222		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 1,307,044	
N° DE INFORME:	3	**N° CRP:**	42680	**N° CDP:**	2713	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	2 MESES					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30					

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	1	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	1	**PRORROGAS**	1	
VALOR ADICIONADO	$ 2,614,088	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**CRP DE LA ADICIÓN:**	43789	**TIEMPO PRORROGADO:**	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:**	
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:**	
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:	N/A	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		N/A	
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	**FECHA DE APROBACIÓN:**		N/A	

ÍTEM	**IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO** **(Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)**

1	1. OBLIGACIÓN: Prestar sus servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Atencion oportuna de actividaades asigandas en la linea de intervencion enfermedades de origen zoonotico y acciones de inspeccion, vigilancia y control de en las localidades vigiladas por la subred 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): planillas vacunacion antrrabica puntos fijos y extramurales, carnet vacunacion.
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza entrega de respectivo cronograma 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Cronograma en fisico
3	1. OBLIGACIÓN: Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes que se solicite conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar vacunacion preventiva antirrabica con asesoria del cuidado pre y pos vacuna. Realizar acciones de socializacion individual en teneccia responsable de mascotas efectos abversos ala vacunacion y seguimiento de casos 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Planillas vacunacion antrrabica puntos fijos y extramurales, carnet vacunacion.
4	1. OBLIGACIÓN: Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar actividades de acuerdo a los requerimientos del coordinador del area 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Entrega de formatos especificos de acuerdo a los requerimientos de la coordinacion
5	1. OBLIGACIÓN: Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar apropiacion de lineamientos lectura y debate de los mismos 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Evaluacion pre y post capacitacion
6	1. OBLIGACIÓN: Realizar las visitas de inspección, vigilancia y control, desde su perfil, verificando el cumplimiento de las condiciones higiénicas y sanitarias descritas en la Ley 9 de 1979 y sus normas reglamentarias en los bienes y servicios a establecimientos objeto de la vigilancia Sanitaria y de las diferentes líneas de intervención de la vigilancia de la Salud Ambiental conforme a los lineamientos, anexos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar vacunacion preventiva antirrabica con asesoria del cuidado pre y pos vacuna 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Planillas vacunacion antrrabica puntos fijos y extramurales, carnet vacunacion.
7	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Verificacion de la calidad de los soportes planilla de vacunacion antirrabica 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Planillas vacunacion antrrabica puntos fijos y extramurales, carnet vacunacion. Seguimineto a drive metas de vacunacion
8	1. OBLIGACIÓN: Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar actividades de acuerdo a los requerimientos del coordinador del área 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Entrega de formatos especificos de acuerdo a los requerimientos de la coordinacion

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9475671937	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	NUEVA EPS	19/10/2024	$ 28,500
PENSIÓN:	PROTECCION	19/10/2024	$ 36,400
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	19/10/2024	$ 5,600
OTRO			$ -
	TOTAL PAGADO		**$ 70,500**

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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 período correspondiente

Edward Julian Rodriguez Molano - Edward Rodriguez

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: EDWARD JULIAN RODRIGUEZ MOLANO
CC: 1,007,794,239
CEL 3025605962

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
FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/10/2024			
NOMBRES Y APELLIDOS:	EDWARD JULIAN RODRIGUEZ MOLANO	**CC:**	1,007,794,239
		RUT (NIT):	1007794239-6
CORREO ELECTRÓNICO:	edwaardd12@gmail.com	**TELÉFONO:**	3025605962
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CRA 69 H 64F 55	**CIUDAD:**	BOGOTÁ

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:	BANCO CAJA SOCIAL				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**N° CUENTA:**	24126816189

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	PS 5073 2024	**N° CDP:**	3525	**N°. RP:**	43789	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 2 MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	26/09/2024	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		15/11/2024		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 4,618,222
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 17/10/2024 AL 31/10/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 1,307,044					
	UN MILLÓN TRESCIENTOS SIETE MIL CUARENTA Y CUATRO PESOS					

Edward Julian Rodriguez Molano- Edward Rodriguez

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: EDWARD JULIAN RODRIGUEZ MOLANO

C.C: **1,007,794,239**
CEL: **3025605962**

	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** **FECHA: 2024-09-16**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA	EDWARD JULIAN RODRIGUEZ MOLANO				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1,007,794,239				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO EN SANEAMIENTO AMBIENTAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5073 2024		**FECHA INICIO CONTRATO**	26/09/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2,004,134				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 4,618,222		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1,307,044	
N° PAGO / N° DE INFORME:	3	**N° CRP INICIAL:** 42680	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	2713	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	2 MESES				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9475671937		**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GSP PSPIC - VSA				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° DE MODIFICACIÓN:	1	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				1	1
VALOR ADICIONADO	$ 2,614,088	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**RP DE LA ADICIÓN:**	43789	**TIEMPO PRORROGADO:**	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:**	
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:**	

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)

Nº DE PÓLIZA:	N/A	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**	N/A

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA 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 17/10/2024 al 31/10/2024

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA CARGO: PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30
	NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: JAVIER RICARDO PEÑUELA PEREZ PERFIL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE GESTION

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 1007794239		RODRIGUEZ MOLANO EDWARD JULIAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 69H 64F 5 LA ESTRADA	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3025605962	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2024-09	2024-09	996432873	9475746264	N	2024/10/09	2024/10/22	NEQUI	13	$3,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$10,645	$1,700			$10,645	$1,400			$0	$0			$10,645	$300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$10,645	$1,700			$10,645	$1,400			$0	$0			$10,645	$300		$0	$0
Ciudad: BOGOTADepto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$10,645	$1,700			$10,645	$1,400			$0	$0			$10,645	$300		$0	$0
1	CC	1007794239	RODRIGUEZ EDWARD	230201	5	($216,667)	($34,700)	EPS037	5	($216,667)	($27,100)		0	$0	$0	14-23	5	($216,667)	($5,300)	0	$0	$0
2	CC	1007794239	RODRIGUEZ EDWARD	230201	5	$227,312	$36,400	EPS037	5	$227,312	$28,500		0	$0	$0	14-23	5	$227,312	$5,600	0	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**			$10,645	$1,700			$10,645	$1,400			$0	$0			$10,645	$300		$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 1007794239		RODRIGUEZ MOLANO EDWARD JULIAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 69H 64F 5 LA ESTRADA	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3025605962	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	996432873	94757462 64	N	2024/10/09	2024/10/22	NEQUI	13	$3,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,700	$100	$0	$1,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$1,700	$100	$0	$1,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$300	$100	$0	$400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$300	$100	$0	$400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,400	$100	$0	$1,500
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$1,400	$100	$0	$1,500
TOTAL				1	$3,400	$300	$0	$3,700

Gmail

Edward Rodríguez <edwaardd12@gmail.com>

PSE Transacción Aprobada - CUS 996432873

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co> 21 de octubre de 2024, 18:35
Para: edwaardd12@gmail.com



¡Hola, Edward Rodríguez!

Gracias por utilizar los servicios de NEQUI y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: **Aprobada**
CUS: 996432873
Empresa: APORTES EN LINEA
Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9475746264
Valor de la Transacción: $ 3.700
Fecha de Transacción: 21/10/2024

Ten en cuenta estos tips de seguridad

- Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.
- Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.
- Procura cambiar tus contraseñas bancarias frencuentemente.

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 1007794239		RODRIGUEZ MOLANO EDWARD JULIAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 69H 64F 5 LA ESTRADA	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3025605962	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	992355205	94756719 37	I	2024/10/09	2024/10/21	NEQUI	12	$67,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$300	$0	$35,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$34,700	$300	$0	$35,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$5,300	$100	$0	$5,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$5,300	$100	$0	$5,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$27,100	$300	$0	$27,400
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$27,100	$300	$0	$27,400
TOTAL				1	$67,100	$700	$0	$67,800

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 1007794239		RODRIGUEZ MOLANO EDWARD JULIAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 69H 64F 5 LA ESTRADA	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3025605962	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	992355205	9475671937	I	2024/10/09	2024/10/21	NEQUI	12	$67,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$216,667	$34,700			$216,667	$27,100			$0	$0			$216,667	$5,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$216,667	$34,700			$216,667	$27,100			$0	$0			$216,667	$5,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTADepto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$216,667	$34,700			$216,667	$27,100			$0	$0			$216,667	$5,300		$0	$0
1	CC	1007794239	RODRIGUEZ EDWARD	Z30201	5	$216,667	$34,700	EPS037	5	$216,667	$27,100		0	$0	$0	14-23	5	$216,667	$5,300	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$216,667	$34,700			$216,667	$27,100			$0	$0			$216,667	$5,300		$0	$0

Gmail

Edward Rodríguez <edwaardd12@gmail.com>

PSE Transacción Aprobada - CUS 992355205

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>
Para: edwaardd12@gmail.com

19 de octubre de 2024, 12:36



¡Hola, Edward Rodríguez!

Gracias por utilizar los servicios de NEQUI y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: **Aprobada**
CUS: 992355205
Empresa: APORTES EN LINEA
Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9475671937
Valor de la Transacción: $ 67.800
Fecha de Transacción: 19/10/2024

Ten en cuenta estos tips de seguridad

- Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.
- Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.
- Procura cambiar tus contraseñas bancarias frencuentemente.