

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									
BLANCA JANETH GOMEZ MORENO									
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:					1.118.650.091				
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO EN SISTEMAS 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 4275 2023		FECHA INICIO CONTRATO		27/03/2023	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 2.299.448		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO		UN (1) MES			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 50.349.868		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 1.230.224			
Nº DE INFORME:		12		Nº CRP:		11307		Nº CDP:	626
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		1 AÑO(S) 6 MESES 20 DIAS							
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:				6BH CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:				MARIA CRISTINA DUARTE GARZON PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 29					
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES									
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	18	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	18	PRORROGAS	16			
VALOR ADICIONADO	\$ 2.955.748	CDP DE LA ADICIÓN:	1161	CRP DE LA ADICIÓN:	18617	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES		
VALOR ADICIONADO	\$ 1.404.036	CDP DE LA ADICIÓN:	1520	CRP DE LA ADICIÓN:	22606	TIEMPO PRORROGADO:	15 DIAS		
VALOR ADICIONADO	\$ 1.671.500	CDP DE LA ADICIÓN:	1715	CRP DE LA ADICIÓN:	25109	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES		
VALOR ADICIONADO	\$ 5.161.592	CDP DE LA ADICIÓN:	2106	CRP DE LA ADICIÓN:	31125	TIEMPO PRORROGADO:	23 DIAS		
VALOR ADICIONADO	\$ 2.473.820	CDP DE LA ADICIÓN:	2800	CRP DE LA ADICIÓN:	38134	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES		
VALOR ADICIONADO	\$ 2.460.448	CDP DE LA ADICIÓN:	3417	CRP DE LA ADICIÓN:	41174	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES		
VALOR ADICIONADO	\$ 2.136.088	CDP DE LA ADICIÓN:	3850	CRP DE LA ADICIÓN:	45253	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES		
VALOR ADICIONADO	\$ 2.152.194	CDP DE LA ADICIÓN:	4129	CRP DE LA ADICIÓN:	50865	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES Y 13 DIAS		
VALOR ADICIONADO	\$ 3.072.886	CDP DE LA ADICIÓN:	211	CRP DE LA ADICIÓN:	10638	TIEMPO PRORROGADO:			
VALOR ADICIONADO	\$ 2.407.076	CDP DE LA ADICIÓN:	399	CRP DE LA ADICIÓN:	15399	TIEMPO PRORROGADO:			
VALOR ADICIONADO	\$ 2.460.448	CDP DE LA ADICIÓN:	489	CRP DE LA ADICIÓN:	18140	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES		
VALOR ADICIONADO	\$ 3.700.672	CDP DE LA ADICIÓN:	892	CRP DE LA ADICIÓN:	20103	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 15 DIAS		
VALOR ADICIONADO	\$ 2.460.448	CDP DE LA ADICIÓN:	1322	CRP DE LA ADICIÓN:	26856	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 1 DIA		
VALOR ADICIONADO	\$ 2.460.448	CDP DE LA ADICIÓN:	1712	CRP DE LA ADICIÓN:	30826	TIEMPO PRORROGADO:	30 DIAS		
VALOR ADICIONADO	\$ 2.460.448	CDP DE LA ADICIÓN:	2248	CRP DE LA ADICIÓN:	34908	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 1 DIA		
VALOR ADICIONADO	\$ 3.691.672	CDP DE LA ADICIÓN:	2562	CRP DE LA ADICIÓN:	38645	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 15 DIAS		
VALOR ADICIONADO	\$ 2.460.448	CDP DE LA ADICIÓN:	3170	CRP DE LA ADICIÓN:	41986	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES		
VALOR ADICIONADO	\$ 2.460.448	CDP DE LA ADICIÓN:	3525	CRP DE LA ADICIÓN:	44180	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES		
III. POLIZAS									
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO		X			
Nº DE PÓLIZA:		N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		N/A			
FECHA DE LA PÓLIZA		N/A		FECHA DE APROBACIÓN:		N/A			
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)									
ÍTE M	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 EDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Recepcion de eventos transmisibles, y ajustes en los aplicativos SIVIGILA para la debida valoracion a los pacientes notificados por las diferentes UPGD. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2024\$250_46_8_PRODUCTOS_SIVIGILA								

2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se presenta plan de trabajo ajustado de mes en curso y proyección del plan de trabajo del siguiente mes a ejecutar. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2024\$\250_46_8_PRODUCTOS_SIVIGILA
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: Asistencia a Reunión de área VSP. Asistencia a reunión de equipo de VSP SIVIGILA. Asistencia a reunión de gestión de la información VSP.
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 habitación y acreditación de servicios de salud. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: DISPONIBILIDAD VSP 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2024\$\250_46_8_PRODUCTOS_SIVIGILA
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: *Apropiación y lectura Lineamientos sivigila: -Depuración bases sivigila - Calidad del Dato (Solicitud ajuste del dato a las UPGDS) -Ingreso de datos base calidad del dato mes -Actualizaciones del aplicativo sivigila escritorio y sivigila web 4.0 -Georeferenciación, Verificación del dato (ADRES) base de sivigila escritorio y sivigila 4.0 - Calidad del Dato 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2024\$\250_46_8_PRODUCTOS_SIVIGILA
6	1. OBLIGACIÓN: Digitar la información, depurar, administrar y consolidar las bases de datos, documentos e informes generados por las acciones o intervenciones de los entornos y procesos transversales, garantizando la calidad, oportunidad, integridad, consistencias y veracidad. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Recepción de eventos transmisibles, y ajustes en los aplicativos SIVIGILA para la debida valoración a los pacientes notificados por las diferentes UPGD. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2024\$\250_46_8_PRODUCTOS_SIVIGILA
7	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Información generada apartir de la pagina secop, en la cual se encuentra los contratos y la documentación. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2024\$\250_46_8_PRODUCTOS_SIVIGILA
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: A convenir apartir de las necesidades del supervisor del contrato. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2024\$\250_46_8_PRODUCTOS_SIVIGILA

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9475064709	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	16/10/2024	\$ 162.500
PENSIÓN:	PORVENIR	16/10/2024	\$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	16/10/2024	\$ 31.700
OTRO			\$ -
TOTAL PAGADO			\$ 402.200

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 calculó sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a EPS, ARL, Pensión, 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


NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: BLANCA JANETH GOMEZ MORENO
CC: 1.118.650.091
CEL 3223699888



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 GESTION

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 6
FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/10/2024

NOMBRES Y APELLIDOS:	BLANCA JANETH GOMEZ MORENO	CC:	1.118.650.091
CORREO ELECTRÓNICO:	ingesis.blancagomezoj@gmail.com	RUT (NIT):	1118650091-8
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 30 B SUR 2 67 ESTE	TELÉFONO:	3223699888
		CIUDAD:	BOGOTA 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.

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)

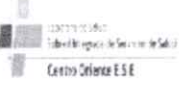
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	488425676910
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					

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

N° DEL CONTRATO:	PS 4275 2023	N° CDP:	3170	N°. RP:	41986	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :1 AÑO(S) 6 MESES 20 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	27/03/2023	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		15/10/2024		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 50.349.868
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 1/10/2024 AL 15/10/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 1.230.224					
	UN MILLÓN DOSCIENTOS TREINTA MIL DOSCIENTOS VEINTICUATRO PESOS					


NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: BLANCA JANETH GOMEZ MORENO

C.C: 1.118.650.091
CEL: 3223699888

		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				BLANCA JANETH GOMEZ MORENO			
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD				1.118.650.091			
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO EN SISTEMAS 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 4275 2023		FECHA INICIO CONTRATO		27/03/2023	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 2.299.448					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 50.349.868			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 1.230.224
N° PAGO / N° DE INFORME:		12		N° CRP INICIAL:		11307	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO 626
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		1 AÑO(S) 6 MESES 20 DIAS					
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		9475064709		OPERADOR:		APORTES EN LINEA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		GSP PSPIC - VSP					
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		6BH CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		MARIA CRISTINA DUARTE GARZON PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 29					
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° DE MODIFICACIÓN:	18	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				18	16
VALOR ADICIONADO	\$ 2.955.748	CDP DE LA ADICIÓN:	1161	RP DE LA ADICIÓN:	18617	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 1.404.036	CDP DE LA ADICIÓN:	1520	RP DE LA ADICIÓN:	22606	TIEMPO PRORROGADO:	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 1.671.500	CDP DE LA ADICIÓN:	1715	RP DE LA ADICIÓN:	25109	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES
VALOR ADICIONADO	\$ 5.161.592	CDP DE LA ADICIÓN:	2106	RP DE LA ADICIÓN:	31125	TIEMPO PRORROGADO:	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 2.473.820	CDP DE LA ADICIÓN:	2800	RP DE LA ADICIÓN:	38134	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 2.460.448	CDP DE LA ADICIÓN:	3417	RP DE LA ADICIÓN:	41174	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 2.136.088	CDP DE LA ADICIÓN:	3850	RP DE LA ADICIÓN:	45253	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 2.152.194	CDP DE LA ADICIÓN:	4129	RP DE LA ADICIÓN:	50865	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 3.072.886	CDP DE LA ADICIÓN:	211	RP DE LA ADICIÓN:	10638	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	\$ 2.407.076	CDP DE LA ADICIÓN:	399	RP DE LA ADICIÓN:	15399	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	\$ 2.460.448	CDP DE LA ADICIÓN:	489	RP DE LA ADICIÓN:	18140	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 3.700.672	CDP DE LA ADICIÓN:	892	RP DE LA ADICIÓN:	20103	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 2.460.448	CDP DE LA ADICIÓN:	1322	RP DE LA ADICIÓN:	26856	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	\$ 2.460.448	CDP DE LA ADICIÓN:	1712	RP DE LA ADICIÓN:	30826	TIEMPO PRORROGADO:	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 2.460.448	CDP DE LA ADICIÓN:	2248	RP DE LA ADICIÓN:	34908	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	\$ 3.691.672	CDP DE LA ADICIÓN:	2562	RP DE LA ADICIÓN:	38645	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 2.460.448	CDP DE LA ADICIÓN:	3170	RP DE LA ADICIÓN:	41986	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 2.460.448	CDP DE LA ADICIÓN:	3525	RP DE LA ADICIÓN:	44180	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES

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

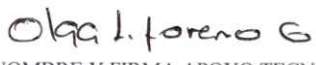
SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

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 1/10/2024 al 15/10/2024

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:


 NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:
 MARIA CRISTINA DUARTE GARZON
 CARGO:
 PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 29


 NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
 OLGA LUCIA FORERO GONZALEZ
 PERFIL:
 PROFESIONAL ESPECIALIZADO 3

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1118650091		GOMEZ MORENO BLANCA JANETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 30B SUR 2675	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6374028	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2024-09	2024-09	985631447	9475064709	I	2024/10/22	2024/10/16	BANCO DAVIVIENDA	0	\$402,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
EMPLEADO			NOVEDADES										PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS				PARAFISCALES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	de	tae	tdp	tap	vsp	cor	vt	sin	lge	lma	vac	avp	vct	rt	vip	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1118650091		GOMEZ MORENO BLANCA JANETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 30B SUR 2675	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6374028	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	985631447	9475064709	I	2024/10/22	2024/10/16	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
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$31,700	\$0	\$0	\$31,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$162,500	\$0	\$0	\$162,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$162,500	\$0	\$0	\$162,500
TOTAL				1	\$402,200	\$0	\$0	\$402,200

99 4275 2023

Pago PSE**Resultado de su transacción****Código único CUS**

985631447

Destino de pago

APORTES EN LINEA

Motivo

Pago de la Planilla de aportes con clave: 9475064709

Fecha

16/10/2024

Número de aprobación

00631447

Dirección IP

191.156.237.26

Valor transacción

\$ 402.200,00

Costo de la transacción

\$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1

191.156.226.225

Referencia 2

CC

Referencia 3

1118650091