	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

LAURA VALENTINA VILLALOBOS MARROQUIN

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1,013,685,168				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN ENFERMERIA 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 4515 2024		**FECHA INICIO CONTRATO**	17/08/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4,131,407	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	TREINTA (30) Y UN (01) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 18,124,883		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 3,998,136
N° DE INFORME:	6	**N° CRP:**	40331	**N° CDP:**	2712
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	4 MESES 14 DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO				
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:	4	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	4	**PRORROGAS**	4	
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**CRP DE LA ADICIÓN:**	42528	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**CRP DE LA ADICIÓN:**	43743	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1,999,068	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3954	**CRP DE LA ADICIÓN:**	47709	**TIEMPO PRORROGADO:**	16 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4011	**CRP DE LA ADICIÓN:**	48742	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
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: Reunión de socialización de meta del mes de Diciembre 2024 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta de participación con listado de asistencia en custodia de la coordinación
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Elaboración de Cronograma de Actividades del mes de Diciembre con actualización periodica 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Cronograma Digital y físico en custodia de la coordinación
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: Desarrollo y revisión de 200 estudiantes por base nominal de antecedente vacunal, verificados con esquema de vacunación, elaboración de 20 canalizaciones y revisión de base a 2 auxiliarles de enfermería con un total de 1200 usuarios, reunión con DILES y búsqueda de Subdirecciones locales de integración Social 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Base nominal, elaboración de canalizaciones, la cual se encuentran en la carpeta digital del producto compartida con el apoyo del entorno, actas de seguimiento a auxiliares de enfermería y reuniones con DILES y búsqueda de articulación con Subdirecciones locales de Integración Social
4	1. OBLIGACIÓN: Apoyar las actividades inherentes al objeto de 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: La participación en la reunión del Entorno Cuidador Educativo programada para el mes de Diciembre 2024 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta de participación con listado de asistencia en custodia de la coordinación

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: Se realiza la apropiacion conceptual de los lineamientos tecnicos del convenio PSPIC del mes de Diciembre según programación de actividades 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta de participación con listado de asistencia en custodia de la coordinación
6	1. OBLIGACIÓN: Desarrollar procesos de asistencial técnica desde los diferentes procesos del Plan de Intervenciones Colectivas conforme a su saber disciplinar y profesional, en función de los requerimientos de los entornos y procesos transversales. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Para el mes de Diciembre 2024 se contó con asistencias técnicas del Plan de Intervenciones Colectivas PS-PIC 1. Prevencion de leosines por polvora, pirotecnia y accidentes por lesiones de causa externa 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta de participación con listado de asistencia en custodia de la coordinación
7	1. OBLIGACIÓN: Realizar revisión y responder por los formatos, documentos, bases o informes generados como resultado de las acciones o intervenciones realizadas en cumplimiento a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Participación en la reunión de seguimiento a las acciones y preauditoria, consolidación de tablero de control mensual y tablero poblaciónal del mes de Diciembre 2024 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta de participación preauditorias con listado de asistencia. Bases dispuestas desde el entorno
8	1. OBLIGACIÓN: Participar y gestionar los acercamientos comunitarios e institucionales que se requieran, para el desarrollo de las acciones de cada Espacio y/o Proceso Transversal del PSPIC. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Para el mes de Diciembre 2024 no se realiza sensibilizaciones a estudiantes 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): No se cuenta con soporte o evidencia, ya que no se programo la actividad para el mes
9	1. OBLIGACIÓN: Activar y notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: En el mes de Diciembre 2024 se realiza el proceso de 20 canalizaciones. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de canalización y seguimiento enviado vía correo electrónico a canalizaciones
10	1. OBLIGACIÓN: Participar en las asistencias técnicas convocadas por SDS de acuerdo a los procesos asignados y conforme a las actividades, metas y productos establecidos en los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Para el mes de Diciembre 2024 no se programan procesos de asistencia tecnica por parte de Secretaria Distrital de Salud. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): No se cuenta con soporte o evidencia, ya que no se programo la actividad para el mes
11	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar acciones de gestión documental de acuerdo a planeación del apoyo a la gestión, correspondiente a la actualización para transferencia de archivo 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Cajas de organizacion y archivo FUID
12	1. OBLIGACIÓN: Apoyar la gestión de la activación y seguimiento al acceso a rutas integrales de atención distrital a través del procedimiento de canalización sectorial e intersectorial 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: De acuerdo al mes de Diciembre 2024 se realiza proceso de canalizaciones de acuerdo a las necesidades priorizadas e identificadas 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de canalización y seguimiento enviado vía correo electrónico a canalizaciones
13	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: Se realizan actividades requeridas de acuerdo a la necesidad de la ejecución del contrato. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soportes requeridos de acuerdo a la actividad

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9478044856	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	COMPENSAR	9/12/2024	$ 200,000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	9/12/2024	$ 255,900
RIESGOS LABORALES:	SURA	9/12/2024	$ 39,000
OTRO	CCF COMPENSAR	9/12/2024	$ 32,000
	TOTAL PAGADO		**$ 526,900**

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 calculó 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 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 período correspondiente

Valentina Villalobos M

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LAURA VALENTINA VILLALOBOS MARROQUIN
CC: 1,013,685,168
CEL 3142533521

	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: 31/12/2024			
NOMBRES Y APELLIDOS:	LAURA VALENTINA VILLALOBOS MARROQUIN	**CC:**	1,013,685,168
		RUT (NIT):	1013685168-6
CORREO ELECTRÓNICO:	valentinavillalobos68@gmail.com	**TELÉFONO:**	3142533521
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TV 2 48J 77 SUR	**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	**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**N° CUENTA:**	24100702543
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 4515 2024	**N° CDP:**	4011	**N°. RP:**	48742	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: 4 MESES 14 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	17/08/2024	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		31/12/2024		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 18,124,883
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 3/12/2024 AL 31/12/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 3,998,136					
	TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CIENTO TREINTA Y SEIS PESOS					

Valentina Villalobos 81

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LAURA VALENTINA VILLALOBOS MARROQUIN

CC: **1,013,685,168**

CEL.: **3142533521**

Secretaría Distrital 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 LA 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	LAURA VALENTINA VILLALOBOS MARROQUIN				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1,013,685,168				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN ENFERMERIA 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 4515 2024		**FECHA INICIO CONTRATO**	17/08/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4,131,407				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 18,124,883		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3,998,136	
N° PAGO / N° DE INFORME:	6 de 6	**Nº CRP INICIAL:** 40331	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	2712	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	4 MESES 14 DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9478044856		**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GSP PSPIC - EDUCATIVO				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	4	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICIÓN (4)	PRÓRROGA (4)
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**RP DE LA ADICIÓN:**	42528	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**RP DE LA ADICIÓN:**	43743	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1,999,068	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3954	**RP DE LA ADICIÓN:**	47709	**TIEMPO PRORROGADO:**	16 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,998,136	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4011	**RP DE LA ADICIÓN:**	48742	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
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)

N° 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 3/12/2024 al 31/12/2024

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: YOHNNY LIRIOLA HERNANDEZ GARCIA 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 1013685168		VILLALOBOS MARROQUIN LAURA VALENTINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TV 2 NO 48J 77 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
2024-11	2024-11	1111670897	9478044856	I	2024/12/16	2024/12/09	BANCO CAJA SOCIAL	0	$526,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,599,254	$255,900			$1,599,254	$200,000			$1,599,254	$32,000			$1,599,254	$39,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,599,254	$255,900			$1,599,254	$200,000			$1,599,254	$32,000			$1,599,254	$39,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,599,254	$255,900			$1,599,254	$200,000			$1,599,254	$32,000			$1,599,254	$39,000		$0	$0
1	CC 1013685168	VILLALOBOS LAURA	25-14	30	$1,599,254	$255,900	EPS008	30	$1,599,254	$200,000	CCF24	30	$1,599,254	$32,000	14-31	30	$1,599,254	$39,000	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,599,254	$255,900			$1,599,254	$200,000			$1,599,254	$32,000			$1,599,254	$39,000		$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 1013685168		VILLALOBOS MARROQUIN LAURA VALENTINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TV 2 NO 48J 77 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
2024-11	2024-11	1111670897	9478044856	I	2024/12/16	2024/12/09	BANCO CAJA SOCIAL	0	$526,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$255,900	$0	$0	$255,900
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$255,900	$0	$0	$255,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$39,000	$0	$0	$39,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$39,000	$0	$0	$39,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$32,000	$0	$0	$32,000
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$32,000	$0	$0	$32,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$200,000	$0	$0	$200,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$200,000	$0	$0	$200,000
TOTAL				**1**	**$526,900**	**$0**	**$0**	**$526,900**

Gmail LAURA VALENTINA VILLALOBOS MARROQUIN <lvvmsubredco@gmail.com>

Fwd: PSE Transacción Aprobada - CUS 1111670897

1 mensaje

Valentina Villalobos Marroquin <valentinavillalobos68@gmail.com> 9 de diciembre de 2024, 9:31
Para: Lvvmsubredco@gmail.com

---------- Forwarded message ---------
De: <serviciopse@achcolombia.com.co>
Date: lun, 9 de dic de 2024, 9:16 a. m.
Subject: PSE Transacción Aprobada - CUS 1111670897
To: <valentinavillalobos68@gmail.com>



¡Hola, Laura Valentina Villalobos Marroquin !

Gracias por utilizar los servicios de BANCO CAJA SOCIAL y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: **Aprobada**
CUS: 1111670897
Empresa: APORTES EN LINEA
Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9478044856
Valor de la Transacción: $ 526.900
Fecha de Transacción: 09/12/2024