	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					
MARCELA ALEXANDRA GONZALEZ HERNANDEZ					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	53,117,835				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO EN SALUD OCUPACIONAL 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 3923 2023	FECHA INICIO CONTRATO	27/03/2023		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2,443,152	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	UN (1) MES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 61,080,616	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 2,614,088		
N° DE INFORME:	22	N° CRP:	10972	N° CDP:	626
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	1 AÑO 9 MESES 4 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:	20	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	20	PRORROGAS	18	
VALOR ADICIONADO	$ 3,140,199	CDP DE LA ADICIÓN:	1161	CRP DE LA ADICIÓN:	18280	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1,236,009	CDP DE LA ADICIÓN:	1520	CRP DE LA ADICIÓN:	22273	TIEMPO PRORROGADO:	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 1,747,461	CDP DE LA ADICIÓN:	1715	CRP DE LA ADICIÓN:	24781	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 5,483,902	CDP DE LA ADICIÓN:	2106	CRP DE LA ADICIÓN:	30795	TIEMPO PRORROGADO:	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,628,295	CDP DE LA ADICIÓN:	2800	CRP DE LA ADICIÓN:	37820	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,614,088	CDP DE LA ADICIÓN:	3417	CRP DE LA ADICIÓN:	40867	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,516,225	CDP DE LA ADICIÓN:	3850	CRP DE LA ADICIÓN:	44958	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1,834,179	CDP DE LA ADICIÓN:	4129	CRP DE LA ADICIÓN:	50577	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,963,580	CDP DE LA ADICIÓN:	211	CRP DE LA ADICIÓN:	10351	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ 2,616,709	CDP DE LA ADICIÓN:	399	CRP DE LA ADICIÓN:	15110	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ 2,898,228	CDP DE LA ADICIÓN:	489	CRP DE LA ADICIÓN:	17858	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4,347,342	CDP DE LA ADICIÓN:	892	CRP DE LA ADICIÓN:	19822	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,614,088	CDP DE LA ADICIÓN:	1322	CRP DE LA ADICIÓN:	26582	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 2,784,572	CDP DE LA ADICIÓN:	1712	CRP DE LA ADICIÓN:	30584	TIEMPO PRORROGADO:	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,342,368	CDP DE LA ADICIÓN:	2248	CRP DE LA ADICIÓN:	34670	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 3,922,132	CDP DE LA ADICIÓN:	2562	CRP DE LA ADICIÓN:	38413	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,614,088	CDP DE LA ADICIÓN:	3170	CRP DE LA ADICIÓN:	41759	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,969,263	CDP DE LA ADICIÓN:	3525	CRP DE LA ADICIÓN:	43991	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,528,846	CDP DE LA ADICIÓN:	3954	CRP DE LA ADICIÓN:	48002	TIEMPO PRORROGADO:	16 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,835,890	CDP DE LA ADICIÓN:	4011	CRP DE LA ADICIÓN:	49060	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:	
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 dei Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred, 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: se realizan caracterizaciones de niños ,niñas para la Identificación de las condiciones de salud y trabajo para la concertadón,se caracteriza UTIS de alto impacto, UTIS mediano impacto y UTIS bajo impacto, para identificacion de las condiciones de salud y trabajo de la concertacion del plan de UTI con trabajadores informales, asesorías de promoción del cuidado de la taludes UTI de mediano impacto y asesorías de seguimiento a la continuidad en la localidad de santa fe 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de caracterización de niños,niñas y adolecentes Formato de caracterización de UTIS de Alto, Mediano, Bajo impacto. Formato de caracterización para seguimiento
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se actualiza el Cronograma mensual 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Entregar el cronograma magnético al Drive: https://docs.google.com/spreadsheets/c1/1c EjnF24js9ZyE8mt5XDsolq3A5kdB Ededit?usp.sharing&ouid=1106709992962 464160453irtpof=true&sd=true
3	1. OBLIGACIÓN: Apoyar la prestación de servidos 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: Entrega de soportes con calidad y oportunidad 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de caracterización de niños,niñas y adolecentes y UTIS.
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: Promoción del auto cuidado y gestión del riesgo en salud en UTI mediano , bajo y alto impacto con trabajadores de la economía informal 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de UTIS de mediano impacto con asesorias de promocion del cuidado deis salud gestion del riesgo con trabajadores de la economia informal
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: Lectuta y apropiacion de los lineaminetos,revision de de caja de herramientas fichas técnicas y formatos para su correcta ejecución 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta y listado de asistencia
6	1. OBLIGACIÓN: dentificar y caracterizar la población trabajadora informal conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre la subred con el Fondo Financiero-SDS 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Caracterizar las condiciones de salud y trabajo para la concertación del plan de trabajo en UTI de mediano, bajo y alto impacto y NNA con trabajadores de la economía informa 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de caracterizacion de las condiciones de salud y trabajo para la concertacion de los planes en UTIS con trabajadores de la economia informal y caracterizacion de NNA
7	1. OBLIGACIÓN: Activar y notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Activacion de ruta, canalizacion sectorial e intersectorial , agendamientos , reporte oportuno de ATEL. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): se envio formato de excel de canalizacion por medio magnético al correo: apoyolaboralsubredcentroodente.gov.co, retroalimentacion y notificado° a base sivistra
8	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza la gestion documental mensual en el desarrollo de los proceso ejecutados y auditados anteriormente en el entumo cuidador laboral 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta y listado de asistencia

9	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: Cumplimiento a actividades indicadas por el supervisor del contrato 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de acta estipulado perla entidad donde se participo

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9478591700	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	
SALUD:	SANITAS	10/12/2024	$	191,900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	10/12/2024	$	245,600
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	10/12/2024	$	37,400
OTRO	CCF COMPENSAR	10/12/2024	$	9,300
	TOTAL PAGADO		**$**	**484,200**

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

Marcela Gonzalez

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MARCELA ALEXANDRA GONZALEZ HERNANDEZ
CC: 53,117,835
CEL 3187234341

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:	MARCELA ALEXANDRA GONZALEZ HERNANDEZ	**CC:**	53,117,835
		RUT (NIT):	53117835-1
CORREO ELECTRÓNICO:	marcelaghernandez@gmail.com	**TELÉFONO:**	3187234341
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 52 F SUR 24C 41	**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 ITAÚ				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**N° CUENTA:**	76503742-6

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	PS 3923 2023	**N° CDP:**	4011	**N°. RP:**	49060	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: 1 AÑO 9 MESES 4 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	27/03/2023	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		31/12/2024		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 61,080,616
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 3/12/2024 AL 31/12/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 2,614,088					
	DOS MILLONES SEISCIENTOS CATORCE MIL OCHENTA Y OCHO PESOS					

Marcela González

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MARCELA ALEXANDRA GONZALEZ HERNANDEZ
CC: 53,117,835
CEL: 3187234341

VALOR ADICIONADO	$ 3,922,132	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**RP DE LA ADICIÓN:**	38413	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,614,088	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**RP DE LA ADICIÓN:**	41759	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,969,263	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**RP DE LA ADICIÓN:**	43991	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,528,846	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3954	**RP DE LA ADICIÓN:**	48002	**TIEMPO PRORROGADO:**	16 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,835,890	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4011	**RP DE LA ADICIÓN:**	49060	**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:**	

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:
JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN
PERFIL:
PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE GESTION

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	MARCELA ALEXANDRA GONZALEZ HERNANDEZ
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	53,117,835

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO EN SALUD OCUPACIONAL 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 3923 2023			FECHA INICIO CONTRATO	27/03/2023
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2,443,152				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 61,080,616			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 2,614,088
N° PAGO / N° DE INFORME:	22 de 22	N° CRP INICIAL:	10972	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	626
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	1 AÑO 9 MESES 4 DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9478591700		OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GSP PSPIC - LABORAL				
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:	20	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICIÓN (20)	PRÓRROGA (18)
VALOR ADICIONADO	$ 3,140,199	CDP DE LA ADICIÓN:	1161	RP DE LA ADICIÓN:	18280	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1,236,009	CDP DE LA ADICIÓN:	1520	RP DE LA ADICIÓN:	22273	TIEMPO PRORROGADO:	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 1,747,461	CDP DE LA ADICIÓN:	1715	RP DE LA ADICIÓN:	24781	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 5,483,902	CDP DE LA ADICIÓN:	2106	RP DE LA ADICIÓN:	30795	TIEMPO PRORROGADO:	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,628,295	CDP DE LA ADICIÓN:	2800	RP DE LA ADICIÓN:	37820	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,614,088	CDP DE LA ADICIÓN:	3417	RP DE LA ADICIÓN:	40867	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,516,225	CDP DE LA ADICIÓN:	3850	RP DE LA ADICIÓN:	44958	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1,834,179	CDP DE LA ADICIÓN:	4129	RP DE LA ADICIÓN:	50577	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,963,580	CDP DE LA ADICIÓN:	211	RP DE LA ADICIÓN:	10351	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ 2,616,709	CDP DE LA ADICIÓN:	399	RP DE LA ADICIÓN:	15110	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ 2,898,228	CDP DE LA ADICIÓN:	489	RP DE LA ADICIÓN:	17858	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4,347,342	CDP DE LA ADICIÓN:	892	RP DE LA ADICIÓN:	19822	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,614,088	CDP DE LA ADICIÓN:	1322	RP DE LA ADICIÓN:	26582	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 2,784,572	CDP DE LA ADICIÓN:	1712	RP DE LA ADICIÓN:	30584	TIEMPO PRORROGADO:	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,342,368	CDP DE LA ADICIÓN:	2248	RP DE LA ADICIÓN:	34670	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 1 DIA

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 53117835		GONZALEZ HERNANDEZ MARCELA ALEXANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 52 F SUR#24 C 41	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6012184	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	1115347727	9478591700	I	2024/12/09	2024/12/10	BANCOLOMBIA	1	$484,800

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)						$1,535,000	$245,600			$1,535,000	$191,900			$1,535,000	$9,300			$1,535,000	$37,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,535,000	$245,600			$1,535,000	$191,900			$1,535,000	$9,300			$1,535,000	$37,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$1,535,000	$245,600			$1,535,000	$191,900			$1,535,000	$9,300			$1,535,000	$37,400		$0	$0
1	CC	53117835	GONZALEZ MARCELA	25-14	30	$1,535,000	$245,600	EPS005	30	$1,535,000	$191,900	CCF24	30	$1,535,000	$9,300	14-23	30	$1,535,000	$37,400	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,535,000	$245,600			$1,535,000	$191,900			$1,535,000	$9,300			$1,535,000	$37,400		$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 53117835		GONZALEZ HERNANDEZ MARCELA ALEXANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 52 F SUR#24 C 41	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6012184	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	1115347727	9478591700	I	2024/12/09	2024/12/10	BANCOLOMBIA	1	$484,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$245,600	$200	$0	$245,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$245,600	$200	$0	$245,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$37,400	$100	$0	$37,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$37,400	$100	$0	$37,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,300	$100	$0	$9,400
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$9,300	$100	$0	$9,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$191,900	$200	$0	$192,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$191,900	$200	$0	$192,100
TOTAL				1	$484,200	$600	$0	$484,800

2024/12/10 12:10 PM

11:53 ···

87400 · ahora
Bancolombia: Pagaste $4...

Marcar como leído Responder

Comercio:	APORTES EN LINEA
No. comprobante:	DB4HmxhqiDcI
CUS:	1115347727
Fecha y hora:	10 diciembre 2024 11:53:06
No. de factura:	9478591700
Descripción pago:	Pago de la Planilla de aportes con clave: 9478591700
Referencia 1:	191.95.50.143
Referencia 2:	CC
Referencia 3:	53117835
Producto origen:	Cuenta de ahorros ****1633
Total Pagado:	$ 484,800.0 COP
Costo transacción:	$ 0 COP

Descargar Comprobante