	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: 1 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. Y

LINA MAYERLI FERNANDEZ TIQUE

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				**1.031.172.472**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN PSICOLOGIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		**PS 5334 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**23/10/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 5.330.760**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**		**UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS**	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 6.530.181**			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 1.199.421**
N° DE INFORME:	**3**	**N° CRP:**	**44646**	**N° CDP:**	**3662**
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	**UN (1) MES Y DIECINUEVE (19) DIAS**				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		**SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO**			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		**LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05**			

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	**1**	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**1**	**PRORROGAS**	**1**	
VALOR ADICIONADO	**$ 1.199.421**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**4053**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	49598	**TIEMPO PRORROGADO:**	**(9) NUEVE DIAS**

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		**SI**		**NO**	**X**
N° DE PÓLIZA:			**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		
FECHA DE LA PÓLIZA			**FECHA DE APROBACIÓN:**		

ITEM	IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)
1	SE DILIGENCIA CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A EJECUTAR EN VISITAS DEL PLAN DE CUIDADO FAMILIAR E INDIVIDUAL ASI COMO ASISTENCIA A FORTALECIMIENTOS O CAPACITACIONES CONOVCADAS POR LA SECREATRIA DE SALUD (SDS) Y DESDE LOS DIFERENTES PROCESOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES HOGAR (EBEH) CONFORME AL SABER DISCIPLINAR Y PROFESIONAL.
2	SE ASISTE A LOS PROCESOS DE ASISTENCIA CONVOCADAS DESDE LOS DIFERENTES PROCESOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES CONFORME AL SABER DISCIPLINAR Y PROFESIONAL. EN FUNCION DE LOS REQUERIMIENTOS TRANSVERSALES. EL DIA 02/12/2024 SE ASISTE A REUNION DE EQUIPO EN EL SALÓN COMUNAL SAN JOSÉ OBRERO.
3	SE REALIZAN (26) VEINTE SEIS VISITAS ESTABLECIDAS EN PLAN DE CUIDADO FAMILIAR E INDIVIDUAL DEL CONVENIO EJECUTADO ACTUALMENTE EN LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE Y SAN CRISTOBAL CON PRESTACION DE SERVICIOS DESDE LA PROFUSION DE PSICOLOGIA CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD EN PRO DEL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED CENTRO ORIENTE.
4	SE REALIZAN (26) VEINTE SEIS VISITAS ESTABLECIDAS EN PLAN DE CUIDADO FAMILIAR E INDIVIDUAL DEL CONVENIO EJECUTADO ACTUALMENTE EN LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE Y SAN CRISTOBAL ORIENTADO A LA ESTRATEGIA DE SALUD MENTAL EN FORTALECIMIENTO DE LAS PAUTAS DE CRIANZA, FORTALECIMIENTO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMEINTO, CONFORNTANTE 7, ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL Y APOYO PSICOLOGICO EN DUELO.
5	SE REALIZA PROCESO DE DILIGENCIAMIENTO Y ENVIO DE FORMATO CANALIZACION SIRC DE ACUERDO CON LOS RIESGO IDENTIFICADO, SE REALIZA CON CALIDAD Y VERACIDAD DEL DATO DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS DE LA INTERVENCION.
6	SE REALIZA EL ALISTAMEINTO Y ENTREGA CON CALIDAD DE CADA UNO DE LOS FORMATOS Y DILIGENCIAMIENTO EN EL APLICATIVO GENERADOS COMO RESULTADO DE LAS ACCIONES O INTERVENCIONES REALIZADAS EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TECNICOS DEL CONVENIO VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED.
7	SE ENTREGA INFORMACION Y SOPORTES DE PLANILLA DE FIRMAS DE PLAN DE CUIDADO FAMILIAR E INDIVIDUAL CON LA FINALIZACION DEL MES DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS DE LA EJECUCION DE LAS ACTIVIDADES CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TECNICOS DEL CONVENIO VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED.
8	SE REALIZA PROCESO DE DILIGENCIAMIENTO Y ENVIO DE FICHAS DE NOTIFICACION DE SIVIM (EVENTOS DE VIOLENCIA IDENTIFICADOS) Y SISVECOS (IDEACION E INTENTOS DE SUICIDIO) DE ACUERDO CON EL RIESGO IDENTIFICADO, SE REALIZA CON CALIDAD Y VERACIDAD DEL DATO DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS DE LA INTERVENCION.
9	SE REALIZAN (26) VEINTE SEIS VISITAS ESTABLECIDAS EN PLAN DE CUIDADO FAMILIAR E INDIVIDUAL DEL CONVENIO EJECUTADO ACTUALMENTE EN LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE Y SAN CRISTORAL CON PROCESO DE CONTACTO INICIAL CON LA FAMILIA, CARACTERIZACION SOCIAL Y AMBIENTAL CON APLICACION DE TAMIZAJES SEGUN EL EVENTO ABORDADO Y ESTRATUGIA IMPLIMENTADA, CONCERTACION DEL PLAN DE CUIDADO FAMILIAR, IMPLEMENTACION Y SEGUIMIENTO Y EVALUACION Y CIERRE CON NUEVA APLICACION DE TAMIZAJES SEGUN CORRESPONDA.
10	SE REALIZA DILIGENCIAMIENTO DE (26) VEINTE SEIS VISITAS ESTABLECIDAS EN PLAN DE CUIDADO FAMILIAR E INDIVIDUAL DEL CONVENIO EJECUTADO ACTUALMENTE EN LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE Y SAN CRISTOBAL CON PROCESO DE CONTACTO INICIAL CON LA FAMILIA, CARACTERIZACION SOCIAL Y AMBIENTAL CON APLICACION DE TAMIZAJES SEGUN EL EVENTO ABORDADO Y ESTRATEGIA IMPLEMENTADA, CONCERTACION DEL PLAN DE CUIDADO FAMILIAR, IMPLEMENTACION Y SEGUIMIENTO Y EVALUACION Y CIERRE CON NUEVA APLICACION DE TAMIZAJES SEGUN CORRESPONDA EN EL APLICATIVO GTAPS DE LA SDS DIARIAMENTE A COMPLETITUD, CON VERACIDAD Y CALIDAD.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	94780978 90	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**	
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**		**VALOR PAGADO**
SALUD:	SALUD TOTAL	09 / 12 / 24		200.000
PENSIÓN:	PORVENIR	09 / 12 / 24		255.900
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	09 / 12 / 24		39.000
OTRO	CCF COMPENSAR	09 / 12 / 24		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 calculo sobre el 40% de los ingresos causados 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, etc)
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

Lina Mayerli Fernandez

LINA MAYERLI FERNANDEZ TIQUE
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
CC: 1.031.172.472
CEL.: 3219828513

Secretaría 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 CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO: AP-1A-FT-014** **VERSIÓN: 6** **FECHA: 2024-09-16**

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/12/2024

NOMBRES Y APELLIDOS:	**LINA MAYERLI FERNANDEZ TIQUE**	**CC:**	1.031.172.472
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	linafer769@gmail.com	**TELÉFONO:**	3219828513
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 18 31 B 54 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.

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:	**BANCO CAJA SOCIAL**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24094647967**

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

N° DEL CONTRATO:	**PS 5334 2024**	**N° CDP:**	**4053**	**N°. RP:**	49598	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:** **UN (1) MES Y DIECINUEVE (19) DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**23/10/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**9/12/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUDO ADICIONES :** **$** 6.530.181
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/12/2024 AL 09/12/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 1.199.421					
	UN MILLON CIENTO NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS VEINTIUN PESOS M/CTE					

Lina Mayerli Fernandez

NOMBRE: LINA MAYERLI FERNANDEZ TIQUE
CC 1.031.172.472
CEL 3219828513

Secretaría 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-1A-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	**LINA MAYERLI FERNANDEZ TIQUE**
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**1.031.172.472**

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN PSICOLOGIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 5334 2024**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**23/10/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$**		5.330.760
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$** 6.530.181	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$** 1.199.421

N° PAGO / N° DE INFORME:	3	**N° CRP INICIAL:**	44646	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	3662
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (1) MES Y DIECINUEVE (19) DIAS				

N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	94780978 90	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	CONVENIO MAS BIENESTAR - DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05		

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N° (1)	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**		ADICION (1)	PRORROGA (1)
VALOR ADICIONADO	$ 1.199.421	**CDP DE LA**	4053 **RP DE LA** 49598	**TIEMPO**	(9) NUEVE DIAS

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	X	
N° DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			
FECHA DE LA PÓLIZA		**ACTO ADMINISTRATIVO DE**			

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 **01/12/2024 AL 09/12/2024**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:** **LORENZA BECERRA CAMARGO** **CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05** **NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:** **SANTIAGO SERRANO ROJAS** **PERFIL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR**

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 1031172472		FERNANDEZ TIQUE LINA MAYERLI	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 18 318-54 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6089547	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	1107526308	9478097890	I	2024/12/17	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
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$255,900	$0	$0	$255,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$39,000	$0	$0	$39,000
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	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
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$200,000	$0	$0	$200,000
TOTAL				1	$526,900	$0	$0	$526,900

5334

2024/12/06 08:26 PM

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 1031172472		FERNANDEZ TIQUE LINA MAYERLI	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 18 31B-54 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6089547	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	1107526308	9478097890	I	2024/12/17	2024/12/09	BANCO CAJA SOCIAL	0	$526,900

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)						$1,599,254	$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	1031172472	FERNANDEZ LINA	230301	30	$1,599,254	$255,900	EPS002	30	$1,599,254	$200,000	CCF24	30	$1,599,254	$32,000	14-7	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

Banco Caja Social
¡Su banco amigo.

Pago de servicios electrónicos

Resultado de la transacción

Transacción exitosa.

Apreciado cliente. Pago sujeto a aprobación. Para concluir, por favor seleccione la opción "Regresar al comercio" y verifique el estado final de la transacción. Si tiene algún inconveniente, comuníquese con la entidad con la que liquidó su planilla o con el comercio desde el cual está realizando la compra o pago.

FECHA Y HORA
6 diciembre 2024 8:26 pm

DIRECCIÓN IP. 186.81.59.1

NÚMERO DE TRANSACCIÓN
APII4341324274813163

NÚMERO DE CONFIRMACIÓN
3163CYVR

NOMBRE DEL COMERCIO	APORTES EN LINEA
NIT DEL COMERCIO	9999001472382
CÓDIGO DEL SERVICIO	99000
VALOR DE LA TRANSACCIÓN	$526.900,00
VALOR DEL IMPUESTO	$0,00
REFERENCIA DE PAGO	9478097890
FECHA DE LA SOLICITUD	6 diciembre 2024
REFERENCIA 1	186.81.59.1
REFERENCIA 2	CC
REFERENCIA 3	1031172472
CÓDIGO DE LA TRANSACCIÓN (CUS)	1107526308
CICLO DE LA TRANSACCIÓN	1
DESCRIPCIÓN DEL PAGO	Pago de la Planilla de aportes con clave 9478097890
CUENTA ORIGEN	Cuentamiga *******7967