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 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

GLADYS LORENY JAMIOY PEÑA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.124.855.703				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL 2230116/2023 ENTERRITORIO				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4937 2024		**FECHA INICIO CONTRATO**		4/9/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.383.485	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	UN (1) MES Y VEINTIOCHO (28) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 8.918.125		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 2.267.320
Nº DE INFORME:	4	**Nº CRP:**	41388	**Nº CDP:**	2773
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y VEINTIOCHO (28) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	4SM CENTRO DE SALUD SAMPER MENDOZA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	I	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	I	**PRORROGAS**	I	
VALOR ADICIONADO	$ 4.534.640	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3762	**CRP DE LA ADICIÓN:**	47204	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
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	
Nº DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**FECHA DE APROBACIÓN:**		DD/MM/AAAA	

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 especificas del contrato realizadas durante el mes)
1	En el mes de diciembre se realizo actividades en carpa, recorrido en las diferenes localidad de la subred centro oriente, Rafael Uribe, Santa Lucia, El claret, Molinos, San cristobal, Barrio, San Blas, Modelo sur, 20 de Julio. Los Martires, Santa Isabel, Santafe, Samper Mendoza, Eduardo Santo, Antoio Nariño, Ciudad Jardin, Restrepo, policarpa, la Hortua. Santafe, Barrio la Veracruz, las nieves, la macarena, la alameda . Ademas se realiza actividades de prevención y promoción y oferta de pruebas rápidas de VIH. Se brindó asesoria pre y pos del tamizaje de VIH.
2	Antonio nariño, restrepño
3	Los dias lunes se asiste a las reuniones de equipo para planeación y asistencia técnica por parte de coordinación del proyecto, y asimismo entregar formatos de pruebas realizadas y recoger insumo para dar cumplimiento con cada actividad programada.
4	Se realiza las siguientes actividades de Promocion y oferta de pruebas rápidas de VIH, con asesoria antes y despúes de la toma de la prueba a la poblacion clave durante el mes de diciembre en las siguientes jonadas: Antonio nariño, rafael uribe, Santa Lucia, El claret, Molinos, San cristobal, Barrio, San Blas, Modelo sur, 20 de Julio. Los Martires, Santa Isabel, Santafe, Samper Mendoza, Eduardo Santo, Antoio Nariño, Ciudad Jardin, Restrepo, policarpa, la Hortua. Santafe, Barrio la Veracruz, las nieves, la macarena, la alameda.
5	Se realiza las siguientes actividades de Promocion y oferta de pruebas rápidas de VIH, con asesoria antes y despúes de la toma de la prueba a la poblacion clave durante el mes de diciembre en las siguientes jonadas: Rafael Uribe, Santa Lucia, El claret, Molinos, San cristobal, Barrio, San Blas, Modelo sur, 20 de Julio. Los Martires, Santa Isabel, Santafe, Samper Mendoza, Eduardo Santo, Antoio Nariño, Ciudad Jardin, Restrepo, policarpa, la Hortua. Santafe, Barrio la Veracruz, las nieves, la macarena, la alameda.
6	Se realiza las siguientes actividades de Promocion y oferta de pruebas rápidas de VIH, con asesoria antes y despúes de la toma de la prueba a la poblacion clave durante el mes de Noviembre en las siguientes jonadas: Recorrido san martin de loba, en los diferentes pagadiarios, actividad en carpa parque los periodistas, Recorrido localidad de antonio Nariño, recorrido los Martires, recorrido barrio la sabana, recorrido primera de Mayo, carpa barrio santafe, carpa parque Santander.
7	Se realiza las siguientes actividades de Promocion y oferta de pruebas rápidas de VIH, con asesoria antes y despúes de la toma de la prueba a la poblacion clave durante el mes de diciembre en las siguientes jonadas: Recorrido barrio Santafe en los diferentes pagadiarios, actividad en carpa parque los periodistas, Recorrido localidad de antonio Nariño, recorrido los Martires, recorrido barrio la sabana, recorrido primera de Mayo, carpa barrio santafe, carpa parque Santander.
8	En el momento de realizar la prueba rapida, se oriento como llenar el consentimiento informado, y la importancia de leer para su respectiva autorizaciòn.
9	Se da cumplimiento según protocolo en el manejo de seriduos biologico de la subred centro oriente, bolsas marcadas, y guardianes marcados y rotulados.
10	Para obtener los datos necesarios del usuario se brindo informaciòn de su importancia.
11	Dando cumplimiento a la directriz de coordinaciòn, en cada actividad se verifico los documentos de cada usuario, para evitar duplicidad de usuarios.
12	Cada formato de prueba realizada se diligencio de manera adecuada, asi dando cumplimiento al proyecto de enterritorio y coordinaciòn.
13	Se asiste los días lunes durante el mes de Diciembre a las reuniones de equipo para planeación y asistencia técnica por parte de la coordinación del proyecto
14	Segun liniamentos de Enterritoio y coordinaciòn, se cuida de manera adecuada cada elemento suministrado para ejecutar las actividades.

15	Cada elemento brindado para su respectiva identificaciòn en terreno se mantienne en perfecto estado, tales como: chaleco, maleta, rotulo, modelo educativo, carnet.
16	Durante la semana se entrega cada uno de los formatos de tamizaje, adecuadamente diligencia y con sus respectiva informaciòn solicitada, dichos formatos se entregan en los dias establecidos por parte del area encargada.
17	Se da cumplimiento a cada una de las actividades programadas, en las diferentes localidades que pertenecen a la subred centro oriente.
18	En el mes de diciembre se asiste a reuniones y espacios de capacitación convocadas por Enterritorio y la coordinación del proyecto.
19	Para la busqueda de estrategias para el abordaje de la poblacion clave se participa en la planeaciòn de actividades.
20	En cada actividad se educa a las diferente poblaciòn clave sobre la Promocion y oferta del uso del condón, lubricante y PreP según formación y orientación de la prevención combinada
21	Se dio cumplimiento en la ruta que se debe brindar en caso de los usuarios positivos, para que cada psicosocial pueda realizar la respectiva canaliaciòn y seguimiento de a misma, para ello se entrega los formatos adecuadamento diligenciados, con su respectiva informaciòn del usuario.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:		OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	COMPENSAR		
PENSIÓN:	COLPENSIONES		
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR		
OTRO			
TOTAL PAGADO			

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

Gladys Jamioy P.

GLADYS LORENY JAMIOY PEÑA
CC: 1.124.855.703
CEL: 3212457738

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

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/12/2024)

NOMBRES Y APELLIDOS:	GLADYS LORENY JAMIOY PEÑA	**CC:**	1124855703
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	gladysjamioyp@gmail.com	**TELÉFONO:**	3212457738
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KRA 88 H BIS #41-33 SUR	**CIUDAD:**	BOGOTÁ 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.

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:	**DAVIVIENDA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**4508002299**

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

N° DEL CONTRATO:	**PS 4937 2024**	**N° CDP:**	**3762**	**N°. RP:**	**47204**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : TRES (3) MESES Y VEINTIOCHO (28) DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**4/9/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/12/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $8.918.125**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/12/2024 AL 31/12/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	**$**					**2.267.320**
	DOS MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE					

Gladys Jamioy P

GLADYS LORENY JAMIOY PEÑA
C.C 1124855703
Cel: 3212457738

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-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	GLADYS LORENY JAMIOY PEÑA
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.124.855.703

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL 2230116/2023 ENTERRITORIO

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4937 2024		FECHA INICIO CONTRATO		5/9/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$				4.383.485,00
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 8.918.125,00		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 2.267.320,00
N° PAGO / N° DE INFORME:	4 DE 4	N° CRP INICIAL:	41388	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	2773
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y VEINTIOCHO (28) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:			OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	CONVENIO ENTERRITORIO DIRECCIÓN GESTIÓN DEL RIESGO				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	4SM CENTRO DE SALUD SAMPER MENDOZA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N° 1	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICION ( )	PRORROGA ( )
VALOR ADICIONADO	$ 4.534.640	CDP DE LA ADICIÓN:	3762	RP DE LA ADICIÓN:	47204	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES
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 (SÍ APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X
N° DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:		

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 (31/12/2024).

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 TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05**
	NOMBRE Y FIRMA APOYO TÉCNICO DEL SUPERVISOR: **JOHN MARIO GAMEZ GONZALEZ** **PERFIL:** **COORDINADOR CONVENIO 2230116/2023**

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 1124855703		JAMIOY PEÑA GLADYS LORENY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KRA 88 H BIS # 41 33 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	11072639?7	9477407374	I	2024/12/03	2024/12/09	BANCO DAVIVIENDA	6	$404,000

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)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
1	CC	1124855703	JAMIOY GLADYS	25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS008	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-7	30	$1,300,000	$31,700	0	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**			$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$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 1124855703		JAMIOY PEÑA GLADYS LORENY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KRA 88 H BIS # 41 33 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	1107263977	9477407374	I	2024/12/03	2024/12/09	BANCO DAVIVIENDA	6	$404,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$900	$0	$208,900
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$208,000	$900	$0	$208,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$200	$0	$31,900
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$31,700	$200	$0	$31,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$700	$0	$163,200
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$162,500	$700	$0	$163,200
TOTAL				1	$402,200	$1,800	$0	$404,000

aportes en línea

Pagos aportes en línea

Módulo de pagos electrónicos

Pago electrónico

El pago electrónico de su autoliquidación se ha realizado exitosamente

Resumen del pago electrónico



Dirección IP:	191.156.149.24
Estado de la transacción:	APROBADA
Clave planilla:	9477407374
Valor:	404,000
Periodo de pago:	2024-11
No Transacción (CUS):	1107263977
Fecha:	2024/12/09
Banco:	BANCO DAVIVIENDA
Aportes en línea:	9999001472382

Aceptar

Imprimir