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

JAIME ANDRES CRUZ CARREÑO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.032.413.170

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO CIRUJANO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1075 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**21/01/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 20.517.120**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	DOS (02) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 226.714.176**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 19.491.264,00**
N° DE INFORME:	12	**N° CRP:**	13351	**N° CDP:**	146
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	ONCE MESES Y DIEZ DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ - DIRECTORA TÉCNICA CODIGO 009 GRADO 05				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	**9**	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**8**	**PRORROGAS**	**9**	
VALOR ADICIONADO	$ 32.485.440	**CDP DE LA ADICIÓN:**	935	**CRP DE LA ADICIÓN:**	21022	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 17.781.504	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1260	**CRP DE LA ADICIÓN:**	23927	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 31.288.608	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1631	**CRP DE LA ADICIÓN:**	28737	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 20.517.120	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2204	**CRP DE LA ADICIÓN:**	32131	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 69.245.280	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2622	**CRP DE LA ADICIÓN:**	36079	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 10.771.488	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3224	**CRP DE LA ADICIÓN:**	43533	**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES (3) MESES
VALOR ADICIONADO	$ 10.771.488	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3757	**CRP DE LA ADICIÓN:**	45497	**TIEMPO PRORROGADO:**	DOS (2) MESES
VALOR ADICIONADO	$ 4.103.424	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
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:	NA	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		NA	
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**FECHA DE APROBACIÓN:**		DD/MM/AAAA	

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)

ITEM	
1	Realice las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo de la especialidad de Cirugía general: Estudiar, diagnosticar y tratar patologías que requieren intervención quirúrgica (aparato digestivo, pared abdominal, piel y tejidos blandos, sistema endocrino) del paciente adulto, con un alto nivel científico, ético y humano, de una manera oportuna y pertinente, en correspondencia con las necesidades de los pacientes, y teniendo en cuenta que todas las decisiones clínicas generadas en la atención médica procurarán el mejoramiento de la salud del paciente
2	Brindó una atención en salud buscando los mejores estándares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada, cumpliendo el principio de equidad y con énfasis en actividades, procedimientos, protocolos, intervenciones y guías de atención, de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación
3	Prestó sus servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales
4	Realizó las actividades según las necesidades de la subred dando cubertura en todas las unidades en donde se ofertó el servicio
5	Informó al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, y resolvió inquietudes relacionadas con el proceso de atención.
6	Llevó registro de las actividades, procedimientos e intervenciones, así como mantuvo actualizados los informes estadísticos definidos por la institución y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.
7	Respetó los derechos del paciente, cumplió el código de ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se prestó la atención
8	Emitió conceptos médicos que se le requirieron, realizó resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que se solicitaron.
9	Diligencie en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema), los formatos, la historias clínicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoria y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con la firma.
10	Garantizó la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos
11	Utilice de manera adecuada los equipos, elementos e instalaciones y los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposición o reparación cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulación de los mismos
12	Garantizó la integridad y adecuado funcionamiento de los equipos, elementos e instalaciones, así como la utilización racional de los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas .

13	como contratista responda por la seguridad de los equipos que se encuentren bajo su custodia
14	Apoye la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio.
15	Participó activamente en el desarrollo, implementación y cumplimiento de las políticas institucionales, sistema integrado de gestión, acreditación, seguridad del paciente y demás actividades enmarcadas dentro del sistema obligatorio de garantía de la calidad.
16	participó en la programación de actividades del servicio.
17	Participó en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio
18	Apoyó a la Entidad en las actividades que se realizaron según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales
19	Participó en la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presentaron en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio
20	Porte el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	94785974 73	**OPERADOR:**	**MI PLANIÑÑA**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**NUEVA EPS**	06-12-2024	$ 820.700
PENSIÓN:	**COLFONDOS**	06-12-2024	$ 1.176.300
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	06-12-2024	$ 160.000
OTRO			
		TOTAL PAGADO	$ 2.097.000

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 periodo correspondiente

Jaime Cruz

JAIME ANDRES CRUZ CARREÑO
CC: 1032413170
CEL: 3113697447

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:	JAIME ANDRES CRUZ CARREÑO	**CC:**	1032413170
		RUT (NIT):	NA
CORREO ELECTRÓNICO:	jaimeandrescruz@gmail.com	**TELÉFONO:**	3113697447
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 2 B 53 A 45	**CIUDAD:**	Bogotá

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.

NO tomaré costos y deducciones	**( )**
SI tomaré costos y deducciones	**(X)**

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:**	**24024244408**

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

N° DEL CONTRATO:	**PS 1075 2024**	**N° CDP:**	3757	**N°. RP:**	45497	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : ONCE MESES Y DIEZ DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**21/1/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/12/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO**
						$ 226.714.176
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/12/2024 AL 31/12/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$ 19.491.264** **DIECINUEVE MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y UN MIL DOSCIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS M/C**					

Jaime Cruz

JAIME ANDRES CRUZ CARREÑO

CC 1032413170

CEL 3113697447

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	JAIME ANDRES CRUZ CARREÑO
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.032.413.170

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO CIRUJANO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1075 2024		FECHA INICIO CONTRATO		21/1/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 20.517.120				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 226.714.176		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 19.491.264,00
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	12	Nº CRP INICIAL:	13351	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	146
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE MESES Y DIEZ DIAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	94785974 73		OPERADOR:	NUEVA EPS	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GESTION HOSPITALARIA				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ - DIRECTORA TÉCNICA CODIGO 009 GRADO 05				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	9	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				8	9
VALOR ADICIONADO	$ 9.232.704	CDP DE LA ADICIÓN:	864	RP DE LA ADICIÓN:	19184	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 32.485.440	CDP DE LA ADICIÓN:	935	RP DE LA ADICIÓN:	21022	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 17.781.504	CDP DE LA ADICIÓN:	1260	RP DE LA ADICIÓN:	23927	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 31.288.608	CDP DE LA ADICIÓN:	1631	RP DE LA ADICIÓN:	28737	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 20.517.120	CDP DE LA ADICIÓN:	2204	RP DE LA ADICIÓN:	32131	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 69.245.280	CDP DE LA ADICIÓN:	2622	RP DE LA ADICIÓN:	36079	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 10.771.488	CDP DE LA ADICIÓN:	3224	RP DE LA ADICIÓN:	43533	TIEMPO PRORROGADO:	TRES (3) MESES
VALOR ADICIONADO	$ 10.771.488	CDP DE LA ADICIÓN:	3757	RP DE LA ADICIÓN:	45497	TIEMPO PRORROGADO:	DOS (2) MESES
VALOR ADICIONADO	$ 4.103.424	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS (SI APLICA)

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

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: YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ CARGO: DIRECTORA TÉCNICA CODIGO 009 GRADO 05 NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: SAUL ARDILA DURAN PERFIL: MEDICO ESPECIALISTA CODIGO 232 GRADO 032

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

DIAN

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
e048edcc0d62bad325e068ffd31fd020cf147f03351b3e8867cb97dfc1e72cddd70310b128c97557764cf5720aff1514

Número de Factura: 65
Fecha de Emisión: 03/12/2024
Fecha de Vencimiento: 03/12/2024
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Efectivo
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: CRUZ CARREÑO JAIME ANDRES
Nombre Comercial: CRUZ CARREÑO JAIME ANDRES
Nit del Emisor: 1032413170
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal:R-99-PN
Responsabilidad tributaria: 04 - INC
Actividad Económica: 8610

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CL 2 B 53 A 45
Teléfono / Móvil: 6012620907
Correo: jaimeandrescruz@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: Subred de servicios de salud integrada Centro Oriente ESE
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 900959051
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: 04 - INC

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: Diagonal 34 5-43
Teléfono / Móvil: 3133944967
Correo:
radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co

Detalles de Productos

								IMPUESTOS				Precio unitario de venta
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IVA	%	INC	%	
1	1	HORA SANTA CLARA	NIU	228,00	$ 85.488,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 19.491.264,00

Notas Finales

Linea de negocio:

Datos Totales

Documento generado el:
03/12/2024 14:37:21
Documento validado por la DIAN:
03/12/2024 14:37:22
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	19491264
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	19491264
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	19491264
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	**COP $** $ 19491264

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	19.491.264,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	19.491.264,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	19.491.264,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	**COP $** $ 19.491.264,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764072990853 Rango desde: 59 Rango hasta: 500 Vigencia: 2024-12-14

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1032413170		CRUZ CARREÑO JAIME ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cll 2b 53a -45	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2620907	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	1105925883	9478597473	I	2024/12/17	2024/12/06	BANCO CAJA SOCIAL	0	$2,097,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,116,300	$0	$0	$1,116,300
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$1,116,300	$0	$0	$1,116,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$160,000	$0	$0	$160,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$160,000	$0	$0	$160,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$820,700	$0	$0	$820,700
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$820,700	$0	$0	$820,700
TOTAL				1	$2,097,000	$0	$0	$2,097,000

2024/12/06 11:40 AM