| | | |
|---|---|---|
| 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.**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-077**<br>**VERSIÓN: 2**<br>**FECHA: 2024-09-16** |

48 horas

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

**DIEGO FERNANDO HERNANDEZ BUENO**

| | |
|---|---|
| **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | 1.032.376.556 |

**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

| | |
|---|---|
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 6677277-2021 "APH". |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | PS 4705 2024 | | **FECHA INICIO CONTRATO** | | **29/08/2024** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | **$ 2.413.685** | **PLAZO INICIAL DEL CONTRATO** | UN (01) MES Y DOS (02) DIAS | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | **$ 6.488.400** | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | | **$** | **519.072** |
| **Nº DE INFORME:** | 05 | **Nº CRP:** | 40639 | **Nº CDP:** | 3007 |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | TRES (03) MESES Y DIEZ (10) DIAS | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | 3BL HOSPITAL SAN BLAS | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05 | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:** | 2 | **TIPO DE MODIFICACIÓN** | **ADICIÓNES** | 2 | **PRORROGAS** | | 2 |
| **VALOR ADICIONADO** | **$ 1.479.355** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 3461 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 43424 | **TIEMPO PRORROGADO:** | TREINTA Y UN (31) DIAS |
| **VALOR ADICIONADO** | **$ 2.595.360** | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 3765 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 47138 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (01) MES Y OCHO (08) 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:** | |
| **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** | | **FECHA DE APROBACIÓN:** | | | |

| ITEM | **IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO**<br>**(Deben ser coherentes con las obligaciones especificas del contrato realizadas durante el mes)** |
|---|---|
| 1 | Presté los servicios como auxiliar de enfermería para la Unidad Funcional de Atención Pre-hospitalaria, en el marco de los estándares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud vigente. Atención de los pacientes realizados bajos los estandares de calidad, historias clínicas en aplicativo netux. |
| 2 | Estuve presente en el momento de las entrega y recibos de turno registrando las novedades correspondientes, en el marco de un ejercicio de articulación para el desarrollo del objeto. Preoperacional de entregas de turnos y novedades el vehiculo. |
| 3 | Diligencie oportuno, completo y adecuadamente los registros propios de la Atención Prehospitalaria (Historia Clínica de valoración y/o traslado, formatos, consentimiento y desistimiento de traslado, Formulación médica, cadena de custodia. Bitacora de traslados, registro de historia clinicas en aplicativo Netux. |
| 4 | Di respuesta oportuna al direccionamiento de eventos y atención dado por la dirección Centro regulador de Urgencias y Emergencias (DUES , garantizando la oportunidad y continuidad de la atención durante los procesos de atención, cumpliendo con los procedimientos guías y protocolos de la Centro Oriente para la atención de pacientes en el programa de atención Prehospitalaria. Bitacora de traslados, registro de historia clinicas. |
| 5 | Cumplí con el procedimiento de entrega y recibo de programación de actividades, con registro de novedades, además del reporte de necesidades administrativas y asistenciales para garantizar la operatividad de la móvil, verificando y salvaguardando cada uno de los equipos biomédicos asignados a las del Programa de Atención Prehospitalaria. Registro de preoperacionales. |
| 6 | Di un correcto uso a los elementos tecnológicos (celular institucional, Tablet...) asignados a las ambulancias por la Subred para el desarrollo de las actividades, así como garantizar el uso permanente de dichos dispositivos para mantener una comunicación efectiva y oportuna con la líder de la unidad funcional o con quien ella designe. Manejo de tablet y celular institucional correctamente. |

| | |
|---|---|
| 7 | Verifique el alistamiento de los vehículos de emergencias previo a verificación por el CRUE. Acta de verificacion. |
| 8 | Porté de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carné que lo acredita como contratista de la Subred Centro Oriente E.S.E. Uso del carnet institucional. |
| 9 | Cumplí de lo contemplado en el manual de bioseguridad. Cumplir manual de bioseguridad. |
| 10 | Aplique las listas de chequeo para monitorización y seguridad del paciente en cuanto los protocolos de limpieza y desinfección de los vehículos de emergencia. Planillas de limpieza y desinfección. |
| 11 | Informe y registre oportunamente los datos criticos. Historia Clinica en aplicativo netux. |
| 12 | Reporté y registre los sucesos de seguridad. No aplica en este periodo. |
| 13 | Adopté los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades. Bitacora de entregas de turnos y novedades el vehiculo. |
| 14 | Traté dignamente y humanizadamente al cliente interno como externo. |
| 15 | Cumplí con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades. Registro de historia clinicas. |
| 16 | Garantice la entrega y custodia de los equipos biomédicos al área respectiva cuando los vehículos son direccionados al taller y/o asegurado. Entrega de los equipos, soportes de las entradas al almacen de los equipos. |
| 17 | Apliqué las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional. Correcta ejecución de las actividades para la cual estoy contratado. |
| 18 | Asistí a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución cuando fueron requeridos. Actas y links de asistencia custodiadas por la coordinacion de la unidad funcional. |
| 19 | Controlé adecuadamente el uso de los elementos de protección personal y bioseguridad. Planillas de entrega de elementos de protección personal. |
| 20 | Tramité mensualmente dentro de los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente los formatos de "formato informe y cuenta de cobro", "certificado de pago de aportes sociales", "formato en Word de cuenta de cobro", para el pago de sus respectivos honorarios. Entregue cuenta de cobro y planilla de pago de seguridad social, puntual y en la fecha establecida. |

**V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | 7949072211 | **OPERADOR:** | ach SOI |
| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
| **SALUD:** | FAMISANAR | 9/12/2024 | $ 162.500 |
| **PENSIÓN:** | PORVENIR | 9/12/2024 | $ 208.000 |
| **RIESGOS LABORALES:** | - | - | - |
| **OTRO** | - | - | - |
| | **TOTAL PAGADO** | | $ 370.500 |

**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

Diego Fdo. Hernández Bueno.

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
CC: 1032376556.
CEL: 3184013079

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 PRESTACION 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:** | DIEGO FERNANDO HERNANDEZ BUENO | **CC:** | 1032376556 |
| | | **RUT (NIT):** | 1032376556-4 |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | diegotrabajo8612@hotmail.com | **TELÉFONO:** | 3184013079 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | DIAGONAL 53 SUR # 60-60. 3er PISO. | **CIUDAD:** | BOGOTA |

**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** | **Nº CUENTA:** | **008-090-531487** |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 4705 2024** | **Nº CDP:** | **3765** | **Nº. RP:** | **47138** | **PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS** | **Trs (3) meses y Diez (10) días.** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **29/08/2024** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | **8/12/2024** | | **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | **$6´488.400** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO.** | DEL 01-12-2024 AL 08-12-2024. | | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)** | **$** | | | | | | **519.072** |
| | **QUINIENTOS DIECINUEVE MIL SETENTA Y DOS PESOS M/CTE** | | | | | | |

Diego Fdo. Hernández Bueno.

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA.**

**C.C. 1.032.376.556 de Bogota.**

**Cel: 3184013079.**

| | | |
|---|---|---|
| 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<br>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN<br>FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION | CÓDIGO: AP-1A-FT-078<br>VERSIÓN: 2<br>FECHA: 2024-09-16 |

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

| | |
|---|---|
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | **DIEGO FERNANDO HERNANDEZ BUENO** |
| **NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | **1.032.376.556** |

**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

| | |
|---|---|
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 6677277-2024 "APH" |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | **PS 4705 2024** | **FECHA INICIO CONTRATO** | | **29/08/2024** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | | $ | | | 2.413.685,00 |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 6.488.400,00 | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | | $ 519.072,00 |
| **Nº PAGO / Nº DE INFORME:** | (5 de 5) | **Nº CRP INICIAL:** | 40639 | **Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO** | 3007 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | TRES (03) MESES Y DIEZ (10) DIAS | | | | |
| **Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:** | | **7949072211** | **OPERADOR:** | | ach SOL |
| **PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:** | | DIRECCIÓN DE URGENCIAS - CONVENIO 6677277-2024 "APH" | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | | 3BL HOSPITAL SAN BLAS | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | | FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05 | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| **Nº DE MODIFICACIÓN:** | 2 | **TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRORROGA):** | | | | ADICION ( 2 ) | PRORROGA ( 2 ) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **VALOR ADICIONADO** | $ 1.479.355 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 3461 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 43424 | **TIEMPO PRORROGADO:** | TREINTA Y UN (31) DIAS |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 2.595.360 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 3765 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 47138 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (01) MES Y OCHO (08) 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)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?** | **SI** | | **NO** | X | |
| **Nº 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 (08-12-2024).**

| | |
|---|---|
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:** | **NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:**<br>**FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO**<br>**CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05**<br><br>**NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:**<br>**MARITZA CARDENAS PALOMINO**<br>**PERFIL: ENFERMERA** |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1032376556 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | DIEGO FERNANDO HERNANDEZ BUENO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | DIAG 53 SUR NO 60 - 60 | TELÉFONO: | 2000000 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Comercio al por mayor de |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7949072211** | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES | | |
| PERIODO COTIZACION | MES: noviembre | PERIODO COTIZACIÓN | MES: noviembre | | |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: 2024 | SALUD: | AÑO: 2024 | | |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2024/12/09 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 1107892986 | | |

**NOVEDADES**

| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

**LIQUIDACIÓN GENERAL**

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL |
| **PENSIÓN** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800224808 | 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 208.000 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 208.000** |
| **SALUD** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 830003564 | EPS017 | EPS017-FAMISANAR | 1 | $ 162.500 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 162.500** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 370.500** |
| **VALOR MORA:** | **$ 0** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 370.500** |

Planilla Pagada

DAVIVIENDA

**BANCO DAVIVIENDA S.A.**

**CERTIFICA:**

Que **DIEGO FERNANDO**, quien se identifica con **Cédula de ciudadanía** No. **1032376556** y es titular de la cuenta terminada en ****1487** , realizó el siguiente pago a través de :

| Fecha del pago | Valor | Destino | Factura - Referencia | Número de Autorización |
|---|---|---|---|---|
| 07/12/2024 | $ 370.500,00 | SOI ACH | 1107892986 | 07892986 |

Se expide en Bogotá, el 10-12-2024.

Atentamente,

**BANCO DAVIVIENDA S.A.**

Banco Davivienda S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA