| | | |
|---|---|---|
| | 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 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y: | JHON JAIRO CASALLAS RODRIGUEZ | | | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: | 1,023,971,191 | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS COMO CONDUCTOR DE MOTO 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 3794 2025 | | FECHA INICIO CONTRATO | 01/01/2025 | |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | $ 14,514,288 | PLAZO INICIAL DEL CONTRATO | SEIS (6) MESES | | |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | $ 14,514,288 | | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | $ 2,419,048 | |
| N° DE INFORME: | 1 | N° CRP: | 550 | N° CDP: | 5 |
| PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS | SEIS MESES | | | | |
| UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO | | | | |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA<br>PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30 | | | | |

## II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO: | 0 | TIPO DE MODIFICACIÓN | ADICIONES | 0 | PRORROGAS | 0 | |
| 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: | |
| 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 | |

## 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)

| ÍTEM | |
|---|---|
| 1 | 1. OBLIGACIÓN: Transportar a diferentes domicilios dentro de las seis localidades que conforman la Subred a las auxiliares de enfermería que realiza la vacunación en la estrategia de seguimiento a cohortes.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar seguimientos dentro de las seis localidades establecidas por la SUBRED CENTRO ORIENTE y transportando a las auxiliares de enfermería para realizar la estrategia de vacunacion domiciliaria acorde a los parametros establecidos por el jefe inmediato.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): producto en fisico |
| 2 | 1. OBLIGACIÓN: Garantizar que la moto cuente con maletero o alforjas para el transporte de los insumos requeridos para la estrategia de vacunación.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Al momento de realizar la estrategia de vacunacion el vehiculo (motocicleta) cuenta con los elementos apropiados para el transporte de los insumos<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): producto en fisico y en magnetico |
| 3 | 1. OBLIGACIÓN: Llevar a cabo eficaz y oportunamente las ordenes impartidas por la coordinación del programa de vacunación para el buen funcionamiento de la estrategia.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza la orden y funcion asignada diariamente por el jefe inmediato,para desarrollar las actividades de vacunacion diaria<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): producto en fisico y en magnetico |

| | |
|---|---|
| 4 | 1. OBLIGACIÓN: Apoyar en las diferentes actividades de transporte requeridas en la estrategia de seguimiento a cohortes de vacunación<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar y ejecutar todas las actividades de transporte para la ejecucion apropiada de vacunacion de acuerdo al seguimiento de la cohorte<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): producto en fisico y en magnetico |
| 5 | 1. OBLIGACIÓN: El contratista deberá manifestar mediante escrito la propiedad del vehiculo (moto) y/o la autorización del propietario para desarrollar las obligaciones contraídas en el transporte de las auxiliares de enfermería del programa ampliado de inmunizaciones.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se cumple y manifiesta en totalidad con la documentacion requerida para realizar las funciones y obligaciones contraidas en el transporte, para el programa ampliado de inmunizaciones (PAI)<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): producto en fisico y en magnetico |
| 6 | 1. OBLIGACIÓN: Deberá disponer de los documentos completos en regla (certificado médico para conducir, licencia, documentos de propiedad de la moto, certificado de gases, SOAT, IC)<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se cumple con la documentacion del vehiculo y del propietario de acuerdo a la normatividad vigente del codigo nacional de transito y transporte Ley 769 de 2007, establece en el articulo 34<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): producto en fisico y en magnetico |
| 7 | 1. OBLIGACIÓN: Deberá contar con los implementos de seguridad y protección como casco y chaleco reflectivo (para él y el copiloto), rodilleras y canilleras, de acuerdo a la norma<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Al momento de realizar las actividades diarias se cuenta con los elementos de proteccion personal (EPP) para el equipo de trabajo teniendo cuenta la normatividad vigente resolucion 1737 de 2004 - NTC 4533<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): producto en fisico y en magnetico |
| 8 | 1. OBLIGACIÓN: El contratista es responsable del mantenimiento de la moto y el combustible de la misma<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: El propietario o trabajador se compromete y es responsable del mantenimiento del vehiculo como los son combustible y demas gastos que requiera la motocicleta<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): producto en fisico y en magnetico |
| 9 | 1. OBLIGACIÓN: Asistir a las reuniones programadas para el equipo del Programa ampliado de Inmunización por la coordinadora del mismo<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Cumplir y asistir a las actividades programadas por la coordinacion del programa ampliado de inmunizaciones (PAI), siendo parte integral del presente contrato<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): producto en fisico y en magnetico |
| 10 | 1. OBLIGACIÓN: El contratista se obliga a que las glosas que se generen por incumplimiento de las obligaciones contractuales y de acuerdo a los hallazgos que identifique el equipo de seguimiento y/o interventoría del FFDS_SDS al Convenio Interadministrativo PSPIC (conforme al anexo de CRITERIOS DE GLOSA), serán causal de inicio de apertura de procedimiento administrativo sancionatorio de incumplimiento contractual<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Cumplir con las obligaciones contractuales con oportunidad y calidad.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): producto en fisico y en magnetico |
| 11 | 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<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Desarrollar actividades según necesidad de la Subred, en cualquiera de los espacios o procesos transversales de acuerdo a los lineamientos del contrato PSPIC<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): producto en fisico y en magnetico |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | 9479708220 | **OPERADOR:** | APORTES EN LINEA |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | CAPITAL SALUD | 03/01/2025 | $ 162,500 |
| PENSIÓN: | PORVENIR | 03/01/2025 | $ 208,000 |
| RIESGOS LABORALES: | NO APLICA | | |
| 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 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

Jhon Casallas.

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JHON JAIRO CASALLAS RODRIGUEZ**
**CC: 1,023,971,191**
**CEL 3108588980**

| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E<br>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN<br>FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN | CÓDIGO: AP-IA-FT-014<br>VERSIÓN: 6<br>FECHA: 2024-09-16 |
|---|---|---|

| DATOS DEL CONTRATISTA | | | |
|---|---|---|---|
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/01/2025 | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS: | JHON JAIRO CASALLAS RODRIGUEZ | CC: | 1,023,971,191 |
| | | RUT (NIT): | 1023971191-9 |
| CORREO ELECTRÓNICO: | jcasallas131@gmail.com | TELÉFONO: | 3108588980 |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | KR 6 ESTE 29 30 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.

| 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 CAJA SOCIAL | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE) | | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | Nº CUENTA: | 24098794168 |

| NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO) | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº DEL CONTRATO: | PS 3794 2025 | Nº CDP: | 5 | Nº RP: | 3510 | PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SEIS MESES |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 01/01/2025 | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | 30/06/2025 | | | TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 14,514,288 |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | DEL 01/01/2025 AL 31/01/2025 | | | | | |
| VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS) | $ 2,419,048<br>DOS MILLONES CUATROCIENTOS DIECINUEVE MIL CUARENTA Y OCHO PESOS | | | | | |

Jhon Casallas

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JHON JAIRO CASALLAS RODRIGUEZ
CC: 1,023,971,191
CEL: 3108588980

| | | |
|---|---|---|
| | 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-IA-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 | JHON JAIRO CASALLAS RODRIGUEZ |
| NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 1,023,971,191 |

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

| | |
|---|---|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS COMO CONDUCTOR DE MOTO 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 3794 2025 | | | FECHA INICIO CONTRATO | 01/01/2025 |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | $ 14,514,288 | | | | |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | $ 14,514,288 | | | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | $ 2,419,048 |
| Nº PAGO / Nº DE INFORME: | 1 de 1 | Nº CRP INICIAL: | 550 | Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO | 5 |
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS | SEIS MESES | | | | |
| Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL: | 9479708220 | | | OPERADOR: | APORTES EN LINEA |
| PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES: | GSP PSPIC - MACRO, MESO Y MICRO | | | | |
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO | | | | |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA<br>PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30 | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº DE MODIFICACIÓN: | 0 | TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA): | | | | ADICIÓN (0) | PRÓRROGA (0) |
| 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: | |
| 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 (SI APLICA)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nº 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 01/01/2025 al 31/01/2025

**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

Luz Pineda D

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
LUZ CONSUELO PINEDA DUEÑEZ
PERFIL:
PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE GESTION

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 1023971191 | | CASALLAS RODRIGUEZ JHON JAIRO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | carrera 6 29-30 sur | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3679144 | No |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-12 | 2024-12 | 1170812449 | 9479708220 | I | 2025/01/23 | 2025/01/03 | BANCO CAJA SOCIAL | 0 | $370,500 |

## 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) | | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados) | | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 1023971191 | CASALLAS JHON | 230301 | 30 | $1,300,000 | $208,000 | EPSC34 | 30 | $1,300,000 | $162,500 | | 0 | $0 | $0 | | 0 | $0 | $0 | 0 | $0 | $0 |
| Total Afiliados( 1) | | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 |

PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1023971191 | | CASALLAS RODRIGUEZ JHON JAIRO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | carrera 6 29-30 sur | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3679144 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | | Dias Mora | Valor |
| 2024-12 | 2024-12 | 1170812449 | 9479708220 | I | 2025/01/23 | 2025/01/03 | BANCO CAJA SOCIAL | | 0 | $370,500 |

RESUMEN DE PAGO

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $208,000 | $0 | $0 | $208,000 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $208,000 | $0 | $0 | $208,000 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $162,500 | $0 | $0 | $162,500 |
| CAPITAL SALUD | EPSC34 | 900,298,372 | 9 | 1 | $162,500 | $0 | $0 | $162,500 |
| TOTAL | | | | 1 | $370,500 | $0 | $0 | $370,500 |

PLANILLA PAGADA

Banco Caja Social

# 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**
3 enero 2025 12:06 pm

**DIRECCIÓN IP: 191.95.49.91**

**NÚMERO DE TRANSACCIÓN**
APIl5003327334831203

**NÚMERO DE CONFIRMACIÓN**
1203CTAW

| | |
|---|---|
| **NOMBRE DEL COMERCIO** | APORTES EN LINEA |
| **NIT DEL COMERCIO** | 9999001472382 |
| **CÓDIGO DEL SERVICIO** | 99000 |
| **VALOR DE LA TRANSACCIÓN** | $370.500,00 |
| **VALOR DEL IMPUESTO** | $0,00 |
| **REFERENCIA DE PAGO** | 9479708220 |
| **FECHA DE LA SOLICITUD** | 3 enero 2025 |
| **REFERENCIA 1** | 191.95.49.91 |
| **REFERENCIA 2** | CC |
| **REFERENCIA 3** | 1023971191 |
| **CÓDIGO DE LA TRANSACCIÓN (CUS)** | 1170812449 |
| **CICLO DE LA TRANSACCIÓN** | 3 |
| **DESCRIPCIÓN DEL PAGO** | Pago de la Planilla de aportes con clave 9479708220 |
| **CUENTA ORIGEN** | Cuentamiga *******4168 |