	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					
BEATRIZ AMPARO AGUIRRE GONZALEZ					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	52,238,999				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA 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 4508 2023	**FECHA INICIO CONTRATO**	27/03/2023		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2,299,448	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	UN (1) MES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 56,680,732	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 160,464		
N° DE INFORME:	19	**N° CRP:**	11515	**N° CDP:**	626
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	1 AÑO 9 MESES 4 DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2LV HOSPITAL LA VICTORIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	20	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	20	**PRORROGAS**	18	
VALOR ADICIONADO	$ 2,955,748	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1161	**CRP DE LA ADICIÓN:**	18826	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1,163,364	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1520	**CRP DE LA ADICIÓN:**	22808	**TIEMPO PRORROGADO:**	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 1,644,756	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1715	**CRP DE LA ADICIÓN:**	25306	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 5,161,592	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2106	**CRP DE LA ADICIÓN:**	31321	**TIEMPO PRORROGADO:**	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,332,528	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2800	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38324	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,460,448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3417	**CRP DE LA ADICIÓN:**	41357	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1,179,992	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3850	**CRP DE LA ADICIÓN:**	45419	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1,486,269	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4129	**CRP DE LA ADICIÓN:**	51043	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,628,935	**CDP DE LA ADICIÓN:**	211	**CRP DE LA ADICIÓN:**	10815	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 3,209,280	**CDP DE LA ADICIÓN:**	399	**CRP DE LA ADICIÓN:**	15573	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 1,497,664	**CDP DE LA ADICIÓN:**	489	**CRP DE LA ADICIÓN:**	18307	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5,391,832	**CDP DE LA ADICIÓN:**	892	**CRP DE LA ADICIÓN:**	20267	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,560,448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1322	**CRP DE LA ADICIÓN:**	27013	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 1,163,364	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1712	**CRP DE LA ADICIÓN:**	30963	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,460,448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**CRP DE LA ADICIÓN:**	35042	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 3,691,672	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38778	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,460,448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**CRP DE LA ADICIÓN:**	42111	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,460,448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**CRP DE LA ADICIÓN:**	44290	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,861,608	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3954	**CRP DE LA ADICIÓN:**	48284	**TIEMPO PRORROGADO:**	16 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,610,440	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4011	**CRP DE LA ADICIÓN:**	49342	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS

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

ÍTEM	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)
1	1. OBLIGACIÓN: Prestar sus servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Desarrollar actividades en el entorno cuidador institucional de acuerdo a los lineamientos establecidos de las SDS y cumplir con los direccionamientos desde el supervisor del contrato. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soportes en carpetas de gestion documental actas, formatos y registro de base en el drive
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se diligencia cronograma mensual en el que se consignan las actividades realizadas durante el mes 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Se realiza soporte magnetico de cronograma mensual
3	1. OBLIGACIÓN: Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes que se solicite conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Apoyo en las actividades programadas y definidas al objeto del contrato para el mejoramiento continuo. Entre sesiones colectivas y actividades de alta externalidad se realizaron 59 intervenciones 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Desarrollar actividades puntuales como identificacion de eventos de interes en salud publica, adicional soportes como actas, formatos y registro en el drive
4	1. OBLIGACIÓN: Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Apoyo en las actividades programadas y definidas al objeto del contrato para el mejoramiento continuo. No se realizaron actividades inherentes al objeto del contrato. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Desarrollar actividades puntuales como identificacion de eventos de interes en salud publica, adicional soportes como actas, formatos y registro en el drive
5	1. OBLIGACIÓN: Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Seguimiento a lineamientos, caja de herramientas y ficha técnica, acorde a la vigencia actual 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Participación en actualización o novedades del lineamiento realizadas desde SDS y la ejecución estrategica y tactica del entono.
6	1. OBLIGACIÓN: Realizar acciones extramurales a la población asignada a nivel individual, familiar y colectivo, desde su perfil técnico, y conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre la subred con el Fondo Financiero-SDS. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se brinda educacion para el cuidado, la identificacion de factores protectores y de riesgo para la salud de los individuos que conforman las instiuciones priorizadas como Instituciones Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes, Unidades de protección al habitante de calle, Casa de igualdad de oportunidades para las mujeres, unidades de protección del ICBF, Centros Proteger y albergues para la población de alta vulnerabilidad, implementando acciones colectivas para la promocion y mantenimiento de la salud , deteccion temprana de eventos de interes en salud publica que promuevan practicas de cuidado y autocuidado 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Registro de educacion brindada en cada una de las instituones de poblacion diferenciales y en proteccion. Soporte de relatoria y sesiones colectivas y actas de ser necesario
7	1. OBLIGACIÓN: Realizar acciones de promoción y prevención de la salud y de saneamiento ambiental a nivel individual, familiar y colectivo, desde su perfil técnico y conforme a los anexos y lineamientos 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Articulacion con profesional ambiental y seguimiento al plan de cuidado istitucional 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Registro de educacion brindada en cada una de las instituones de poblacion diferenciales y en proteccion. Soporte de relatoria y sesiones colectivas y actas de ser necesario
8	1. OBLIGACIÓN: Desarrollar procesos de asistencia técnica desde los diferentes procesos del Plan de Intervenciones Colectivas conforme a su saber disciplinar y técnico, en función de los requerimientos de los entornos y procesos transversales 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Participación en reuniones del entorno, de articulación y demas que se requieran para el cumplimiento del proceso. Durante este mes no hubo asistencias tecnicas 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas y listados de asistencia
9	1. OBLIGACIÓN: Activar y notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Identificar y notificar eventos de interes en salud publica, a travez de procesosde informacion y educacion estrategicos 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Diligenciamiento de bases y envio de de soportes
10	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Productos debidamente organizados y archivados con la documentacion generada en el cumplimiento de sus aciones de acuerdo a la normatividad y tabla de retencion documental. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Carpeta con los diferentes soportes correspondientes al producto ejecutado
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. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Apoyo a las diferentes actividades que se requieran y demande los diferentes entornos al interior de la subred 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Listados de asistencia.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	7948455689 - 7952433134 - 7952454727	**OPERADOR:**	SOI

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	SURA	06/12/2024 - 09/12/2024	$ 180,700
PENSIÓN:	PROTECCION	06/12/2024 - 09/12/2024	$ 231,200
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	06/12/2024 - 09/12/2024	$ 35,300
OTRO			$ -
	TOTAL PAGADO		**$ 447,200**

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

AMPARO AGUIRRE

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: BEATRIZ AMPARO AGUIRRE GONZALEZ
CC: 52,238,999
CEL 3016782407

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: 31/01/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	BEATRIZ AMPARO AGUIRRE GONZALEZ	**CC:**	52,238,999
		RUT (NIT):	52238999-4
CORREO ELECTRÓNICO:	hemasaludoral@gmail.com	**TELÉFONO:**	3016782407
DIRECCIÓN DOMICILIO:	DG 69 D BIS SUR 18J 56	**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 DAVIVIENDA	**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**N° CUENTA:**	008480320012
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	PS 4508 2023	**N° CDP:**	4011	**N°. RP:**	49342	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: 1 AÑO 9 MESES 4 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	27/03/2023	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		31/12/2024		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: **$ 56,680,732**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 3/12/2024 AL 31/12/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 160,464					
	CIENTO SESENTA MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS					

AMPARO AGUIRRE

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: BEATRIZ AMPARO AGUIRRE GONZALEZ

CC: **52,238,999**
CEL: **3016782407**

	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	BEATRIZ AMPARO AGUIRRE GONZALEZ
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	52,238,999

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA 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 4508 2023			FECHA INICIO CONTRATO	27/03/2023
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2,299,448				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 56,680,732			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 160,464
N° PAGO / N° DE INFORME:	19 de 19	N° CRP INICIAL:	11515	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	626
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	1 AÑO 9 MESES 4 DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	7948455689 - 7952433134 - 7952454727		OPERADOR:	SOI	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GSP PSPIC - INSTITUCIONAL				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2LV HOSPITAL LA VICTORIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	20	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICIÓN (20)	PRÓRROGA (18)
VALOR ADICIONADO	$ 2,955,748	CDP DE LA ADICIÓN:	1161	RP DE LA ADICIÓN:	18826	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1,163,364	CDP DE LA ADICIÓN:	1520	RP DE LA ADICIÓN:	22808	TIEMPO PRORROGADO:	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 1,644,756	CDP DE LA ADICIÓN:	1715	RP DE LA ADICIÓN:	25306	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 5,161,592	CDP DE LA ADICIÓN:	2106	RP DE LA ADICIÓN:	31321	TIEMPO PRORROGADO:	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4,332,528	CDP DE LA ADICIÓN:	2800	RP DE LA ADICIÓN:	38324	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,460,448	CDP DE LA ADICIÓN:	3417	RP DE LA ADICIÓN:	41357	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1,179,992	CDP DE LA ADICIÓN:	3850	RP DE LA ADICIÓN:	45419	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1,486,269	CDP DE LA ADICIÓN:	4129	RP DE LA ADICIÓN:	51043	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,628,935	CDP DE LA ADICIÓN:	211	RP DE LA ADICIÓN:	10815	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ 3,209,280	CDP DE LA ADICIÓN:	399	RP DE LA ADICIÓN:	15573	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ 1,497,664	CDP DE LA ADICIÓN:	489	RP DE LA ADICIÓN:	18307	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5,391,832	CDP DE LA ADICIÓN:	892	RP DE LA ADICIÓN:	20267	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,560,448	CDP DE LA ADICIÓN:	1322	RP DE LA ADICIÓN:	27013	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 1,163,364	CDP DE LA ADICIÓN:	1712	RP DE LA ADICIÓN:	30963	TIEMPO PRORROGADO:	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,460,448	CDP DE LA ADICIÓN:	2248	RP DE LA ADICIÓN:	35042	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 1 DIA

VALOR ADICIONADO	$ 3,691,672	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**RP DE LA ADICIÓN:**	38778	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,460,448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**RP DE LA ADICIÓN:**	42111	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,460,448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**RP DE LA ADICIÓN:**	44290	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,861,608	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3954	**RP DE LA ADICIÓN:**	48284	**TIEMPO PRORROGADO:**	16 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,610,440	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4011	**RP DE LA ADICIÓN:**	49342	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 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)

N° 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 3/12/2024 al 31/12/2024

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:
LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA
CARGO:
PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ
PERFIL:
PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE GESTION

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52238999
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			BEATRIZ AMPARO AGUIRRE GONZALEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL 71 G 18 M 52 SUR	TELÉFONO:	7905152
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7948455689		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES noviembre AÑO 2024		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES noviembre AÑO	2024
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/12/06		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1104727111

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 0	$ 208.000
SUBTOTALES:										$ 208.000	$ 0	$ 208.000

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500
SUBTOTALES:													$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 31.700	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 31.700
SUBTOTALES:									$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 31.700

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																						SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES						
																															PENSIÓN								SALUD						ARP																	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 52238999	AGUIRRE GONZALEZ BEATRIZ AMPARO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO																230201-PROTECCION	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1.300.000	$ 52238999	$ 31.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 402.200

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52238999
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			BEATRIZ AMPARO AGUIRRE GONZALEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL 71 G 18 M 52 SUR	TELÉFONO:	7905152
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7948455689	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	noviembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	noviembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/12/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1104727111

NOVEDADES

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

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	1	$ 208.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 208.000**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 162.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 162.500**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860002503	14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1	$ 31.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 31.700**

VALOR SIN MORA:	**$ 402.200**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 402.200**

Planilla Pagada

← Comprobante

Movimiento hecho en:

Nequi

Número de referencia

M13570379

Pago realizado

Pago en

Soi Ach

¿Cuánto?

$ 402.200,00

Fecha

05 de diciembre de 2024 a las 09:22 p. m.

¿Preguntas? Ve al menú Movimientos en la app Nequi y reporta un problema.

VIGILADO Superintendencia Financiera de Colombia

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52238999
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	BEATRIZ AMPARO AGUIRRE GONZALEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL
DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL 71 G 18 M 52 SUR
TELÉFONO:	7905152
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE
CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA
ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7952433134
TIPO DE PLANILLA:	N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES noviembre AÑO 2024
PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES noviembre AÑO 2024
DÍAS DE MORA:	0
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/12/09
NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1111587610
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	7948455689
FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2024/12/06

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 16.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 16.000	$ 0	$ 16.000
SUBTOTALES:										$ 16.000	$ 0	$ 16.000

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 12.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 12.500	$ 0	$ 0	$ 12.500
SUBTOTALES:													$ 12.500	$ 0	$ 0	$ 12.500

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 2.500	$ 2.500	$ 0	$ 0	$ 2.500
SUBTOTALES:									$ 2.500	$ 0	$ 0	$ 2.500

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA
1	CC 52238999	AGUIRRE GONZALEZ BEATRIZ AMPARO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO
2	CC 52238999	AGUIRRE GONZALEZ BEATRIZ AMPARO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO
3	CC 52238999	AGUIRRE GONZALEZ BEATRIZ AMPARO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO

NOVEDADES

Nº	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1							A										
2							C	01-30									
3							R	01-30									

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	230201-PROTECCION	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000
2	230201-PROTECCION	30	$ 1.400.000	$ 224.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 224.000
3	230201-PROTECCION	0	$ 100.000	$ 16.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 16.000

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD / ARP

Nº	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1.300.000	52238999	$ 31.700
2	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 1.400.000	$ 175.000	$ 0	$ 175.000	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1.400.000	52238999	$ 34.200
3	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	0	$ 100.000	$ 12.500	$ 0	$ 12.500	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	0	$ 100.000	52238999	$ 2.500

PARAFISCALES

Nº	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 31.000

Planilla Pagada

2025/01/17 6:53 AM USUARIO: SOI CC52238999

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52238999
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			BEATRIZ AMPARO AGUIRRE GONZALEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL 71 G 18 M 52 SUR	TELÉFONO:	7905152
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7952433134**	TIPO DE PLANILLA:	N-CORRECCIONES		
PERIODO COTIZACIÓN	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:	1111587610		
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	7948455689	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2024/12/06		

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	1	$ 16.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 16.000**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 12.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 12.500**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860002503	14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1	$ 2.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 2.500**

VALOR SIN MORA:	**$ 31.000**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 31.000**

← Comprobante

Movimiento hecho en:

Nequi

Número de referencia

M2546198

Pago realizado

Pago en

Soi Ach

¿Cuánto?

$ 31.000,00

Fecha

09 de diciembre de 2024 a las 08:48 a. m.

¿Preguntas? Ve al menú Movimientos en la app Nequi y reporta un problema.

VIGILADO Superintendencia Financiera de Colombia

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52238999
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			BEATRIZ AMPARO AGUIRRE GONZALEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL 71 G 18 M 52 SUR	TELÉFONO:	7905152
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7952454727	TIPO DE PLANILLA:	N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES noviembre AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES noviembre AÑO 2024
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/12/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1111814282
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	7952433134	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2024/12/09

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 7.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 7.200	$ 0	$ 7.200
SUBTOTALES:										$ 7.200	$ 0	$ 7.200

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 5.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 5.700	$ 0	$ 0	$ 5.700
SUBTOTALES:													$ 5.700	$ 0	$ 0	$ 5.700

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 1.100	$ 1.100	$ 0	$ 0	$ 1.100
SUBTOTALES:									$ 1.100	$ 0	$ 0	$ 1.100

Planilla Pagada

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 52238999	AGUIRRE GONZALEZ BEATRIZ AMPARO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO							A	01-30									
2	CC 52238999	AGUIRRE GONZALEZ BEATRIZ AMPARO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO							C	01-30									
3	CC 52238999	AGUIRRE GONZALEZ BEATRIZ AMPARO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO							R	01-30									

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN

Nº	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	230201-PROTECCION	30	$ 1.400.000	$ 224.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 224.000
2	230201-PROTECCION	30	$ 1.445.000	$ 231.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 231.200
3	230201-PROTECCION	0	$ 45.000	$ 7.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 7.200

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD / ARP

Nº	SALUD ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 1.400.000	$ 175.000	$ 0	$ 175.000	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1.400.000	52238999	$ 34.200
2	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 1.445.000	$ 180.700	$ 0	$ 180.700	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1.445.000	52238999	$ 35.300
3	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	0	$ 45.000	$ 5.700	$ 0	$ 5.700	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	0	$ 45.000	52238999	$ 1.100

PARAFISCALES

Nº	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 14.000

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52238999
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			BEATRIZ AMPARO AGUIRRE GONZALEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL 71 G 18 M 52 SUR	TELÉFONO:	7905152
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7952454727**	TIPO DE PLANILLA:	N-CORRECCIONES		
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES: noviembre AÑO: 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES: noviembre AÑO: 2024		
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/12/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1111814282		

NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	7952433134	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2024/12/09

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	1	$ 7.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 7.200**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 5.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 5.700**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860002503	14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1	$ 1.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 1.100**

VALOR SIN MORA:	**$ 14.000**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 14.000**

← Comprobante

Movimiento hecho en:

Nequi

Número de referencia

M3472023

Pago realizado

Pago en

Soi Ach

¿Cuánto?

$ 14.000,00

Fecha

09 de diciembre de 2024 a las 09:58 a. m.

¿Preguntas? Ve al menú Movimientos en la app Nequi y reporta un problema.

VIGILADO Superintendencia Financiera de Colombia