| | | |
|---|---|---|
| | **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** | | | | | |
| **ALVARO WILLIAM SUAREZ UYASABA** | | | | | |
| **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | | | 80,060,203 | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO EN SANEAMIENTO AMBIENTAL 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 4022 2025 | | **FECHA INICIO CONTRATO** | | 01/01/2025 |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 15,684,528 | **PLAZO INICIAL DEL CONTRATO** | SEIS (6) MESES | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 15,684,528 | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | | $ 2,614,088 |
| **Nº DE INFORME:** | 1 | **Nº CRP:** | 5725 | **Nº CDP:** | 5 |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | SEIS MESES | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | 6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA<br>PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30 | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº 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:** | |

**III. POLIZAS**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?** | **SI** | | **NO** | X | |
| **Nº 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**<br>**(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.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Atención oportuna de actividades asignadas en la linea de intervención Enfermedades Transmisibles de Origen Zoonótico y acciones de Inspección, Vigilancia y Control de en las localidades vigiladas por la subred.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Planillas vacunación antirrábica puntos fijos y extramurales, carnet vacunación. |
| 2 | 1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza entrega de respectivo cronograma.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Cronograma en fisico. |

| | |
|---|---|
| 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.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar vacunación antirrábica preventiva con asesoría de los cuidados pre y post vacuna. Realizar acciones de socialización individual en tenencia responsable de mascotas efectos adversos a la vacunación y seguimiento de casos.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Entrega de planillas vacunación antirrábica puntos fijos y extramurales, carnet vacunación. |
| 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.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar actividades de acuerdo con los requerimientos del coordinador del área.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Entrega de formatos específicos de acuerdo con los requerimientos de la coordinación. |
| 5 | 1. OBLIGACIÓN: Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad del dato requerida (oportunidad, consistencia, exactitud) desde su perfil técnico y conforme a los anexos y lineamientos técnicos del proceso de la Vigilancia de la Salud ambiental-VSA del convenio Interadministrativo PSPIC.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar vacunación antirrábica preventiva de acuerdo a la meta establecida.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Entrega de planillas vacunación antirrábica puntos fijos y extramurales, carnet vacunación. |
| 6, | 1. OBLIGACIÓN: Desarrollar los procesos descritos en los lineamientos técnicos relacionados con la Vigilancia de la Salud ambiental-VSA del convenio Interadministrativo PSPIC, según las competencias de la autoridad sanitaria verificando la normatividad sanitaria y garantizando la prevención y control de los diferentes factores de riesgo que puedan poner en peligro a la salud pública.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar vacunación antirrábica preventiva con asesoría de los cuidados pre y post vacuna. Realizar acciones de socialización individual en tenencia responsable de mascotas efectos adversos a la vacunación y seguimiento de casos.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Entrega de planillas vacunación antirrábica puntos fijos y extramurales, carnet vacunación. |
| 7 | 1. OBLIGACIÓN: Desarrollar procesos de asistencia técnica a los diferentes procesos del Plan de Intervenciones Colectivas conforme a su saber disciplinar y técnico, en función de los requerimientos de entornos y/p procesos transversales.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: NO HUBO PARA EL PERIODO<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): NO HUBO PARA EL PERIODO |
| 8 | 1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Soportes entregados de acuerdo con las políticas de gestión documental establecidas desde la Subred.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos físicos en archivo central del área VSA. |
| 9 | 1. OBLIGACIÓN: Dar cumplimiento a las actividades de los procesos TRANSVERSALES del PSPIC, de acuerdo a su competencia: CANALIZACIONES, PAI, Educación para la Salud Publica, GESI, ACCVSyE, Notificación de EISP y Participación Social.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: NO HUBO PARA EL PERIODO<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): NO HUBO PARA EL PERIODO |
| 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: En caso de que no hizo canalizaciones, no apoyo jornadas PAI, no tuvo fortalecimientos de capacidad con el equipo de cofinanciacion y/o educacion para la salud publica, por favor colocar: NO HUBO PARA EL PERIODO. Si realizo alguna de estas diligenciar lo que HIZO.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): En caso de que no hizo canalizaciones, no apoyo jornadas PAI, no tuvo fortalecimientos de capacidad con el equipo de cofinanciacion y/o educacion para la salud publica, por favor colocar: NO HUBO PARA EL PERIODO. Si realizo alguna de estas diligenciar lo que HIZO. |
| 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: Actividades asignadas desde el componente de vigilancia de la salud ambiental.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Entrega de formatos específicos de acuerdo con los requerimientos de la coordinación. |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | 9478996167 | **OPERADOR:** | APORTES EN LINEA |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | SANITAS | 08/01/2025 | $ 168,800 |
| PENSIÓN: | PORVENIR | 08/01/2025 | $ 216,000 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 08/01/2025 | $ 32,900 |
| OTRO | CCF COMPENSAR | 08/01/2025 | $ 27,000 |
| | TOTAL PAGADO | | $ 444,700 |

**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

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ALVARO WILLIAM SUAREZ UYASABA**
**CC: 80,060,203**
**CEL 3124865325**

| | 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:** | ALVARO WILLIAM SUAREZ UYASABA | **CC:** | 80,060,203 |
| | | **RUT (NIT):** | 80060203-6 |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | ing.alvaro.suarez11@gmail.com | **TELÉFONO:** | 3124865325 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | KR 22 18 A 66 AP 419 | **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 | | | | |
| **NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)** | | **TIPO DE CUENTA:** | AHORROS | **Nº CUENTA:** | 480900031992 |

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

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº DEL CONTRATO:** | PS 4022 2025 | **Nº CDP:** | 5 | **Nº. RP:** | 5725 | 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:<br>$ 15,684,528 |
| **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)** | $ 2,614,088<br>DOS MILLONES SEISCIENTOS CATORCE MIL OCHENTA Y OCHO PESOS | | | | | |

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ALVARO WILLIAM SUAREZ UYASABA**

**CC:** 80,060,203

**CEL:** 3124865325

| | | |
|---|---|---|
| | 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 | ALVARO WILLIAM SUAREZ UYASABA |
| NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 80,060,203 |

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

| | |
|---|---|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO EN SANEAMIENTO AMBIENTAL 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 4022 2025 | | | FECHA INICIO CONTRATO | 01/01/2025 |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | $ 15,684,528 | | | | |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | $ 15,684,528 | | | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | $ 2,614,088 |
| N° PAGO / N° DE INFORME: | 1 de 1 | N° CRP INICIAL: | 5725 | N° CDP INICIAL DEL CONTRATO | 5 |
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS | SEIS MESES | | | | |
| N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL: | 9478996167 | | | OPERADOR: | APORTES EN LINEA |
| PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES: | GSP PSPIC - VSA | | | | |
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | 6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO | | | | |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA<br>PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30 | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N° 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: | |
| VALOR ADICIONADO | | CDP DE LA ADICIÓN: | | RP DE LA ADICIÓN: | | TIEMPO PRORROGADO: | |

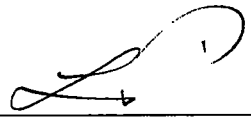
**III. POLIZAS (SI APLICA)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| N° DE PÓLIZA: | N/A | NOMBRE DE LA ASEGURADORA: | N/A |
| FECHA DE LA PÓLIZA | N/A | ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN: | N/A |

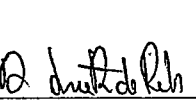
| IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS | | | |
|---|---|---|---|
| *SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.* | | | |
| **ITEM** | **CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS** | **SI** | **NO** |
| 1 | ¿El contrato se 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 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



NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
JAVIER RICARDO PEÑUELA PEREZ
PERFIL:
PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE GESTION

aportes en línea

# Planilla Resumen

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 80060203 | | SUAREZ UYÁSABÁ ALVARO WILLIAM | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CRA 22 N 18 a 66 APTO 419 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3030507 | 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 | 1180643416 | 9478996167 | 1 | 2025/01/03 | 2025/01/08 | BANCO DAVIVIENDA | 5 | $446,300 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombre | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Tarifa | Aporte | Dias | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,350,000 | $216,000 | | | $1,350,000 | $168,800 | | | $1,350,000 | $27,000 | | | $1,350,000 | | $32,900 | | $0 | $0 | | $444,700 |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,350,000 | $216,000 | | | $1,350,000 | $168,800 | | | $1,350,000 | $27,000 | | | $1,350,000 | | $32,900 | | $0 | $0 | | $444,700 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,350,000 | $216,000 | | | $1,350,000 | $168,800 | | | $1,350,000 | $27,000 | | | $1,350,000 | | $32,900 | | $0 | $0 | | $444,700 |
| 1 | CC | 80060203 | SUAREZ ALVARO | | | | | | | | | | | | | | | | | | 23030 1 | 30 | $1,350,000 | $216,000 | EPS005 | 30 | $1,350,000 | $168,800 | CCF24 | 30 | $1,350,000 | $27,000 | 14-11 | 30 | $1,350,000 | 2.436% | $32,900 | 30 | $0 | $0 | No | $444,700 |
| Total Afiliados( 1) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,350,000 | $216,000 | | | $1,350,000 | $168,800 | | | $1,350,000 | $27,000 | | | $1,350,000 | | $32,900 | | $0 | $0 | | $444,700 |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 80060203 | | SUAREZ UYASABA ALVARO WILLIAM | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CRA 22 N 18 a 66 APTO 419 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3030507 | 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 | 1180643416 | 9478996167 | 1 | 2025/01/03 | 2025/01/08 | BANCO DAVIVIENDA | 5 | $446,300 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $216,000 | $700 | $0 | $216,700 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $216,000 | $700 | $0 | $216,700 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $32,900 | $200 | $0 | $33,100 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $32,900 | $200 | $0 | $33,100 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $27,000 | $100 | $0 | $27,100 |
| COMPENSAR | CCF24 | 860,066,942 | 7 | 1 | $27,000 | $100 | $0 | $27,100 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $168,800 | $600 | $0 | $169,400 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $168,800 | $600 | $0 | $169,400 |
| TOTAL | | | | 1 | $444,700 | $1,600 | $0 | $446,300 |



2025/01/08 11:12 AM

DAVIVIENDA

## Pago PSE

# Resultado de su transacción

**Código único CUS**
1180643416

**Destino de pago**
APORTES EN LINEA

**Motivo**
Pago de la Planilla de aportes con clave: 9478996167

**Fecha**
08/01/2025

**Número de aprobación**
00643416

**Dirección IP**
181.78.209.202

**Valor transacción**
$ 446.300,00

**Costo de la transacción**
$ 0,00 IVA incluido

| Referencia 1 | Referencia 2 | Referencia 3 |
|---|---|---|
| 192.168.112.162 | CC | 80060203 |

Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017.