		<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</b> <b>APOYO – GESTION DE CONTRATACION</b> <b>FORMATO INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE</b> <b>PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION</b>			<b>CÓDIGO: AP-IA-FT-077</b> <b>VERSIÓN: 2</b> <b>FECHA: 2024-09-16</b>		
<b>CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y</b>							
<b>CRISTIAN CAMILO RONCANCIO FRESNEDA</b>							
<b>NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:</b>				1.014.270.664			
<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>		PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN CIENCIAS SOCIALES PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL 2230116/2023 ENTERRITORIO					
<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>		PS 6048 2023		<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>		12/7/2023	
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$	3.374.280	<b>PLAZO INICIAL DEL CONTRATO</b>	DIECINUEVE (19) DIAS			
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$	72.858.492	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>			\$ 4.204.872	
<b>Nº DE INFORME:</b>	20		<b>Nº CRP:</b>	27649	<b>Nº CDP:</b>	2013	
<b>PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS</b>	DIECIOCHO (18) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS						
<b>UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>			4SM CENTRO DE SALUD SAMPER MENDOZA				
<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>			LORENZA BECERRA CAMARGO DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05				
<b>II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES</b>							
<b>Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:</b>	17		<b>TIPO DE MODIFICACIÓN</b>	<b>ADICIONES</b>	<b>13</b>	<b>PRORROGAS</b>	<b>12</b>
<b>VALOR ADICIONADO</b>	\$	3.244.500	<b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>	2359	<b>CRP DE LA ADICIÓN:</b>	33450	<b>TIEMPO PRORROGADO:</b> 25 DIAS
<b>VALOR ADICIONADO</b>	\$	3.893.400	<b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>	2638	<b>CRP DE LA ADICIÓN:</b>	34366	<b>TIEMPO PRORROGADO:</b> 1 MES
<b>VALOR ADICIONADO</b>	\$	3.893.400	<b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>	3428	<b>CRP DE LA ADICIÓN:</b>	43924	<b>TIEMPO PRORROGADO:</b> 1 MES
<b>VALOR ADICIONADO</b>	\$	3.893.400	<b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>	3897	<b>CRP DE LA ADICIÓN:</b>	46112	<b>TIEMPO PRORROGADO:</b> 1 MES
<b>VALOR ADICIONADO</b>	\$	2.297.106	<b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>	4121	<b>CRP DE LA ADICIÓN:</b>	49700	<b>TIEMPO PRORROGADO:</b> 2 MESES
<b>VALOR ADICIONADO</b>	\$	1.336.734	<b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>	328	<b>CRP DE LA ADICIÓN:</b>	13140	<b>TIEMPO PRORROGADO:</b>
<b>VALOR ADICIONADO</b>	\$	15.573.600	<b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>	330	<b>CRP DE LA ADICIÓN:</b>	13119	<b>TIEMPO PRORROGADO:</b> 3 MESES
<b>VALOR ADICIONADO</b>	\$	3.893.400	<b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>	1441	<b>CRP DE LA ADICIÓN:</b>	27642	<b>TIEMPO PRORROGADO:</b> 1 MES
<b>VALOR ADICIONADO</b>	\$	3.893.400	<b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>	1629	<b>CRP DE LA ADICIÓN:</b>	30291	<b>TIEMPO PRORROGADO:</b> 1 MES
<b>VALOR ADICIONADO</b>	\$	3.893.400	<b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>	2187	<b>CRP DE LA ADICIÓN:</b>	34395	<b>TIEMPO PRORROGADO:</b> 1 MES
<b>VALOR ADICIONADO</b>	\$	11.680.200	<b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>	2620	<b>CRP DE LA ADICIÓN:</b>	39101	<b>TIEMPO PRORROGADO:</b> 3 MESES
<b>VALOR ADICIONADO</b>	\$	7.786.800	<b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>	3762	<b>CRP DE LA ADICIÓN:</b>	47261	<b>TIEMPO PRORROGADO:</b> 2 MESES
<b>VALOR ADICIONADO</b>	\$	4.204.872	<b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>	4283	<b>CRP DE LA ADICIÓN:</b>		<b>TIEMPO PRORROGADO:</b> 1 MES
<b>III. POLIZAS</b>							
<b>¿FACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?</b>		<b>SI</b>		<b>NO</b>		<b>X</b>	
<b>Nº DE PÓLIZA:</b>		<b>NOMBRE DE LA ASEGURADORA:</b>					
<b>FECHA DE LA PÓLIZA</b>		DD MM/AAAA		<b>FECHA DE APROBACIÓN:</b>		DD MM AAAA	
<b>IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO</b> (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)							
<b>ITEM</b>	<p>1 Participé en las reuniones semanales de planeación de los cronogramas de las actividades de tamizaje organizadas por el coordinador del convenio en las cuales se definieron los acompañamientos a las jornadas extramurales. Adicionalmente, participé en la organización de las jornadas realizadas en el centro de salud Samper Mendoza los días martes, miércoles y viernes.</p> <p>2 Asistí a las actividades extramurales indicadas por el coordinador en las cuales apoyé la gestión del equipo de terreno e hice acompañamiento a los usuarios que lo solicitaron para despejar dudas de prevención del VIH y otras ITS. También brindé retroalimentación a los nuevos integrantes del equipo frente a los tiempos de la toma de las pruebas rápidas y la asesoría de prueba voluntaria.</p> <p>3 Brindé asesoría a las personas diagnosticadas con VIH que aceptaron la canalización a los servicios de salud en las actividades extramurales del equipo de la Subred Centro Oriente, hice contención emocional a quienes lo requerían, informé acerca de la ruta de atención para el ingreso al programa de atención integral y registré los seguimientos en el módulo de canalización de SISCO-SSR siguiendo los lineamientos del equipo local de ENTerritorio.</p> <p>4 Activé la ruta del total de los usuarios que aceptaron el proceso de canalización con EAPB como Capital Salud, Nueva EPS, Salud Total y Sanitas; así como con la agencia de cooperación internacional AHF. También realicé seguimiento con algunas EAPB e IPS para la confirmación de la asistencia a las citas, las fechas de atención y los nombres de los esquemas de tratamiento antirretroviral.</p> <p>5 Los seguimientos realizados fueron registrados en los formatos 3 de cada usuario de manera escrita y fueron actualizados en el Sistema de Información de Actividades Comunitarias y Colectivas en Salud Sexual y Reproductiva SISCO-SSR de acuerdo con los lineamientos brindados en la capacitación de Enterritorio. Hice seguimiento con las diferentes EAPB por medio de correo electrónico. Los casos cerrados han sido archivados según los lineamientos técnicos.</p> <p>6 Hice acompañamiento psicosocial y trabajé en la contención emocional de aquellas personas que lo requerían. Estos acompañamientos se realizaron principalmente por vía telefónica, aunque algunos se hicieron de manera presencial en el Centro de Salud Samper Mendoza con agendamento previo.</p> <p>7 Con apoyo de la coordinación se han dispuesto dos espacios de confidencialidad en las carpas donde se brinda la atención a los beneficiarios para la recolección de los datos de cada usuario. De igual manera, se ha contado con un espacio confidencial para la atención de los beneficiarios atendidos en el Centro de Salud Samper Mendoza.</p> <p>8 Realicé el acompañamiento para el aseguramiento de una persona que no contaba con una afiliación activa en el SGSSS. Adicionalmente, se brindó la información del proceso a algunas personas tamizadas en el Samper Mendoza que no contaban con aseguramiento.</p> <p>9 Se hizo la canalización a las agencias de cooperación que brindan el acompañamiento para la regularización de los usuarios migrantes sin PPT ni salvoconducto.</p> <p>10 Acompañé dos jornadas extramurales, tanto en carpa como en lugar, con el objetivo de optimizar los resultados del equipo y buscando el cumplimiento de las metas de tamizaje y entrega de paquetes de prevención.</p>						

11	Acompañé el proceso de agendamiento de las jornadas extramurales a través de la WebApp Te Cuidamos y de la app Grindr. También recibí solicitudes de atención a través de WhatsApp y brindé la información correspondiente para que los usuarios pudieran acceder a las actividades de prevención del convenio.
12	Apoyé la revisión de los formatos diligenciados por el equipo para garantizar la calidad del dato en el diligenciamiento del Form 02, Form 3 y la ficha de notificación 850. La información recolectada a través de los seguimientos fue registrada en los formatos definidos por Enterritorio y cargada al aplicativo SISCO-SSR en los tiempos establecidos por Enterritorio durante la capacitación de los profesionales psicosociales.
13	Durante este mes se trabajó en la vinculación de algunos casos con barreras estructurales para el acceso al tratamiento. Algunos fueron remitidos a grupos de apoyo, solicitud de encuesta de Sisbén y ferias de servicios para migrantes.
14	La base de datos es manejada únicamente por los profesionales psicosociales para el seguimiento de los casos. La información es analizada para la realización de informes de seguimientos y es guardada como archivo encriptado para que pueda ser abierto únicamente con clave.
15	Hice el reporte de los casos positivos que fueron confirmados con dos pruebas rápidas en las actividades de terreno a través de la ficha de notificación 850 del SIVIGILA. Asimismo, se hizo el diligenciamiento en el aplicativo bajo la UI del convenio y el envío del reporte de las semanas epidemiológicas 2, 3 y 4, cada lunes antes de las 12 del medio día.
16	Entregué paquetes de prevención y autotest siguiendo los lineamientos establecidos por Enterritorio y devolví los insumos que no se utilizaron el día de cierre de inventarios, 31 de enero.
17	He usado el carné de la Subred Centro Oriente y el chaleco de ENTerritorio en las actividades extramurales del equipo.
18	Asistí a las reuniones programadas por el coordinador del convenio para la planeación de actividades, la revisión de los formatos SISCO-SSR y las fichas 850 diligenciadas por los auxiliares de enfermería. Hice la retroalimentación correspondiente a los miembros del equipo que lo requerían y realicé actividades educativas para reforzar los conocimientos del equipo.
19	Las barreras del proceso de canalización han sido informadas al coordinador del convenio a su debido tiempo y se ha procedido a la ejecución de acciones para superarlas.
20	Asistí a la reunión de seguimiento del proceso de canalizaciones desarrollada en las instalaciones de Enterritorio el jueves 30 de enero. En esta reunión se analizó el proceso de canalización, los porcentajes de vinculación por población clave y se analizaron estrategias para garantizar el acceso al programa integral.
21	Se ha propuesto a aquellos usuarios con pareja el apoyo para la notificación asistida del diagnóstico, pero aún ninguno ha aceptado. Se brindó asesoría a un usuario que se acercó a los servicios del equipo para aprender a cerca de la convivencia con una pareja con VIH.
22	Asistí a las capacitaciones realizadas por el equipo de Sivigila sobre los eventos de interés en salud pública y los lineamientos de georreferenciación.
23	De acuerdo con los lineamientos de Enterritorio, se ofreció la posibilidad de hacer acompañamiento durante este mes a una usuaria TS que no había ido a su cita de ingreso, se le recogió en el Samper Mendoza, se transportó hasta AHF y allí recibió la atención médica inicial. También se le acompañó a la toma de exámenes en Idime.

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

No. DE PLANILLA:	83243247	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS		\$ 210.300
PENSIÓN:	PORVENIR		\$ 269.200
RIESGOS LABORALES:	SURA		\$ 41.000
OTRO	NA	NA	\$ -
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 520.500</b>

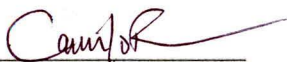
**VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA**

- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo 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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV ( de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pension, rut)
- 3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
- 4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

**VII. ANEXOS**

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente



**CRISTIAN CAMILO RONCANCIO FRESNEDA**  
 CC: 1.014.270.664  
 CEL: 3142030112

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

**NOMBRE DEL CONTRATISTA** **CRISTIAN CAMILO RONCANCIO FRESNEDA**  
**NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD** **1.014.270.664**

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

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN CIENCIAS SOCIALES PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL 2230116/2023 ENTERRITORIO

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** **PS 6048 2023** **FECHA INICIO CONTRATO** **12/7/2023**

**VALOR INICIAL DEL CONTRATO** **S** **3.374.280,00**

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** **S** **72.858.492,00** **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** **S** **4.204.872,00**

**Nº PAGO / Nº DE INFORME:** **20 DE 20** **Nº CRP INICIAL:** **27649** **Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO** **2013**

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** **DIECIOCHO (18) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS**

**Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:** **83243247** **OPERADOR:** **MI PLANILLA**

**PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:** **DIRECCION GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD - CONVENIO ENTERRITORIO**

**UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** **4SM CENTRO DE SALUD SAMPER MENDOZA**

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:** **LORENZA BECERRA CAMARGO DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05**

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº 17	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):				ADICIÓN (13)	PRORROGA (12)
VALOR ADICIONADO	\$ 3.244.500	CDP DE LA ADICIÓN:	2359	RP DE LA ADICIÓN:	33450	TIEMPO PRORROGADO:	25 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 3.893.400	CDP DE LA ADICIÓN:	2638	RP DE LA ADICIÓN:	34366	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 3.893.400	CDP DE LA ADICIÓN:	3428	RP DE LA ADICIÓN:	43924	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 3.893.400	CDP DE LA ADICIÓN:	3897	RP DE LA ADICIÓN:	46112	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 2.297.106	CDP DE LA ADICIÓN:	4121	RP DE LA ADICIÓN:	49700	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES
VALOR ADICIONADO	\$ 1.336.734	CDP DE LA ADICIÓN:	328	RP DE LA ADICIÓN:	13140	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	\$ 15.573.600	CDP DE LA ADICIÓN:	330	RP DE LA ADICIÓN:	13119	TIEMPO PRORROGADO:	3 MESES
VALOR ADICIONADO	\$ 3.893.400	CDP DE LA ADICIÓN:	1441	RP DE LA ADICIÓN:	27642	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 3.893.400	CDP DE LA ADICIÓN:	1629	RP DE LA ADICIÓN:	30291	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 3.893.400	CDP DE LA ADICIÓN:	2187	RP DE LA ADICIÓN:	34395	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 11.600.200	CDP DE LA ADICIÓN:	2620	RP DE LA ADICIÓN:	39101	TIEMPO PRORROGADO:	3 MESES
VALOR ADICIONADO	\$ 7.786.800	CDP DE LA ADICIÓN:	3762	RP DE LA ADICIÓN:	47261	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES
VALOR ADICIONADO	\$ 4.204.872	CDP DE LA ADICIÓN:	4283	RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	1 MES

**III. POLIZAS (SI APLICA)**

**¿FACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?** **SI** **NO** **X**

**Nº DE PÓLIZA:** **-** **NOMBRE DE LA ASEGURADORA:** **-**



**FECHA DE LA PÓLIZA** **-** **ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:** **-**



**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.**

CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS		SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	<b>X</b>	
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?	<b>X</b>	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	<b>X</b>	
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?	<b>X</b>	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	<b>X</b>	

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).

<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:</b>	<div style="text-align: center;">   <b>LORENZA BECERRA CAMARGO</b>  <b>DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05</b> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">   <b>JOHN MARIO GAMA GONZALEZ</b>  <b>COORDINADOR CONVENIO 2230116/2023 ENTERRITORIO</b> </div>
---	--

		<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</b> <b>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN</b> <b>FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b> <b>Y DE APOYO A LA GESTIÓN</b>				<b>CÓDIGO: AP-IA-FT-014</b> <b>VERSIÓN: 6</b> <b>FECHA: 2024-09-16</b>	
<b>DATOS DEL CONTRATISTA</b>							
<b>FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/01/2025)</b>							
<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	CRISTIAN CAMILO RONCANCIO FRESNEDA			<b>CC:</b>	1014270664		
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	cami.ronfre@gmail.com			<b>RUT (NIT):</b>	-		
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	CALLE 64 A 105 - 17			<b>TELÉFONO:</b>	3142030112		
				<b>CIUDAD:</b>	BOGOTÁ D.C.		
<b>Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.</b>							
<b>NO</b> tomaré costos y deducciones				<input checked="" type="checkbox"/> ( X )			
<b>SI</b> tomaré costos y deducciones				<input type="checkbox"/> ( )			
<p>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.</p>							
<b>Regimen Simple De Tributación :</b> 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 )
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	SCOTIABANK COLPATRIA			<b>TIPO DE CUENTA:</b>	AHORROS		<b>Nº CUENTA:</b>
<b>NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)</b>						4862005996	
<b>NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)</b>							
<b>Nº DEL CONTRATO:</b>	PS 6048 2023	<b>Nº CDP:</b>	4283	<b>Nº. RP:</b>		<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : DIECIOCHO (18) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS</b>	
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	12/7/2023	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>		31/1/2025		<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$72.858.492</b>	
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	DEL 01/01/2025 AL 31/01/2025						
<b>VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)</b>	\$			4.204.872			
	CUATRO MILLONES DOSCIENTOS CUATRO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS M/CTE						
							
<b>CRISTIAN CAMILO RONCANCIO FRESNEDA</b> <b>C.C 1014270664</b> <b>Cel: 3142030112</b>							

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1014270664	CRISTIAN CAMILO RONCANCIO FRESNEDA	CALLE 84 A # 105 - 17	3142030112	ccamilorfr@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	14/01/2025	83243247	\$520.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	210.300	0		0		0	0	0	0	210.300	1

TOTALES PENSIÓN													
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados	
230301	Porvenir	800224808-8	269.200	0	0	0	0	0	0	0	269.200	1	

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	41.000				41.000	0	0	41.000			410	41.000	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	210.300	210.300
Pensión	1	269.200	269.200
Riesgos Laborales	1	41.000	41.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>520.500</b>	<b>520.500</b>

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1014270664	CRISTIAN CAMILO RONCANCIO FRESNEDA	CALLE 64 A # 105 - 17	3142030112	ccamilorfr@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	14/01/2025	83243247	\$520.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN		SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																	
Id.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Contrata	Salud	Empleo	Col. anterior	Empleado	ING	RET	TAB	TAB	TAB	VCT	VCT	SEN	ICB	MAC	ANP	VCT	IRE	CONEXIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1014270664	RONCANCIO FRESNEDA CRISTIAN CAMILO	59	0			N															230301	1.681.949	269.200	0	0	0	0	EPS005	1.681.949	210.300	14-11	1.681.949	3	41.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA