



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**  
**APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN**  
**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE**  
**PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**

**CÓDIGO:** AP-1A-FT-077  
**VERSIÓN:** 2  
**FECHA:** 2024-09-16

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

**YESSICA PAOLA FAJARDO MERCHAN**

**NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** 1.099.212.768

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO 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 CONVENIO MAS BIENESTAR

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** PS 5209 2024 **FECHA INICIO CONTRATO** 24/10/2024

**VALOR INICIAL DEL CONTRATO** \$ 8.611.056 **PLAZO INICIAL DEL CONTRATO** UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** \$ 23.465.128 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 6.458.292

**Nº DE INFORME:** 5 **Nº CRP:** 44734 **Nº CDP:** 3662

**PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS

**UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:** LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	3	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	3	PRORROGAS	3
VALOR ADICIONADO	\$ 1.937.488	CDP DE LA ADICIÓN:	4053	CRP DE LA ADICIÓN:	49702	TIEMPO PRORROGADO: NUEVE (9) DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 6.458.292	CDP DE LA ADICIÓN:	4120	CRP DE LA ADICIÓN:	50807	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 6.458.292	CDP DE LA ADICIÓN:	46	CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES

**III. POLIZAS**

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

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

**FECHA DE LA PÓLIZA** **FECHA DE APROBACIÓN:**

**IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO**  
*(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)*

ITEM	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	SE REALIZA LA PRESTACION DE SERVICIOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED, MEDIANTE LA PARTICIPACION EN REUNIONES CONVOCADAS POR SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD, ORGANIZACION DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES DE HOGAR, DIRECCIONAMIENTO TECNICO A LOS APOYOS PROFESIONALES, DINAMIZACION DE LA OPERACION , VERIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE LA OPERACION , REALIZAR ENLACES PARA ARTICULACION DE PROCESOS, ELABORACION DE INFORMES.
2	SE REALIZA PRESENTACIÓN MENSUAL DE CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR, Y ENTREGA DE INFORME MENSUAL DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL MES SOPORTADOS EN DRIVE CRONOGRAMAS.
3	SE REALIZA APOYO EN LA CONSOLIDACION, REVISION Y PRESENTACION DE LA INFORMACIÓN ACORDE A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO VIGENTE PARA LA RADICACION DE DESEMBOLSOS EN SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
4	SE REALIZA PARTICIAPCIÓN ACTIVA EN EL SEGUIMIENTO A INDICADORES TRAZADORES Y EL CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES A PARTIR DE ESPACIOS CONJUNTOS CON LOS APOYOS OPERATIVOS.
5	SE REALIZA APROPIACIÓN CONCEPTUAL DE LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED
6	SE REALIZA ACOMPAÑAMIENTO Y LIDERAZGO EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS SDESDE LOS DIFERENTES PROCESOS DE LOS EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES (HOGAR) DE ACUERDO A PROGRAMACION , EN FUNCIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS PROCESOS DISPUESTOS POR LA SECRETARIA DISTRITAL DE BOGOTÁ
7	SE REALIZA LA REVISIÓN, ALISTAMIENTO Y ENTREGA CON CALIDAD DE CADA UNO DE LOS DOCUMENTOS, SOPORTES E INFORMES GENERADOS COMO RESULTADO DE LAS ACCIONES O INTERVENCIONES REALIZADAS EN CUMPLIMIENTO A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED.
8	SE PARTICIPA Y GESTIONAR LOS ACERCAMIENTOS INSTITUCIONALES COMO EJERCICIO DINAMIZADOR PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE CADA PROCESO
9	SE REALIZA PARTICIPACION EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS CONVOCADAS POR SDS DE ACUERDO A LOS PROCESOS ASIGNADOS Y CONFORME A LAS ACTIVIDADES, METAS Y PRODUCTOS ESTABLECIDOS EN LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED.
10	REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN.

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

No. DE PLANILLA:	9479528160	OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	COMPENSAR	02/01/2025	\$	323.000
PENSIÓN:	PORVENIR	02/01/2025	\$	413.500
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	02/01/2025	\$	63.000
OTRO				
<b>TOTAL PAGADO</b>				<b>\$ 799.500</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 ibr se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMLLV ( de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)
- 3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
- 4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

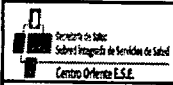
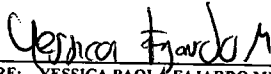
**VII. ANEXOS**

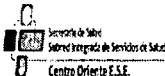

*(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)*

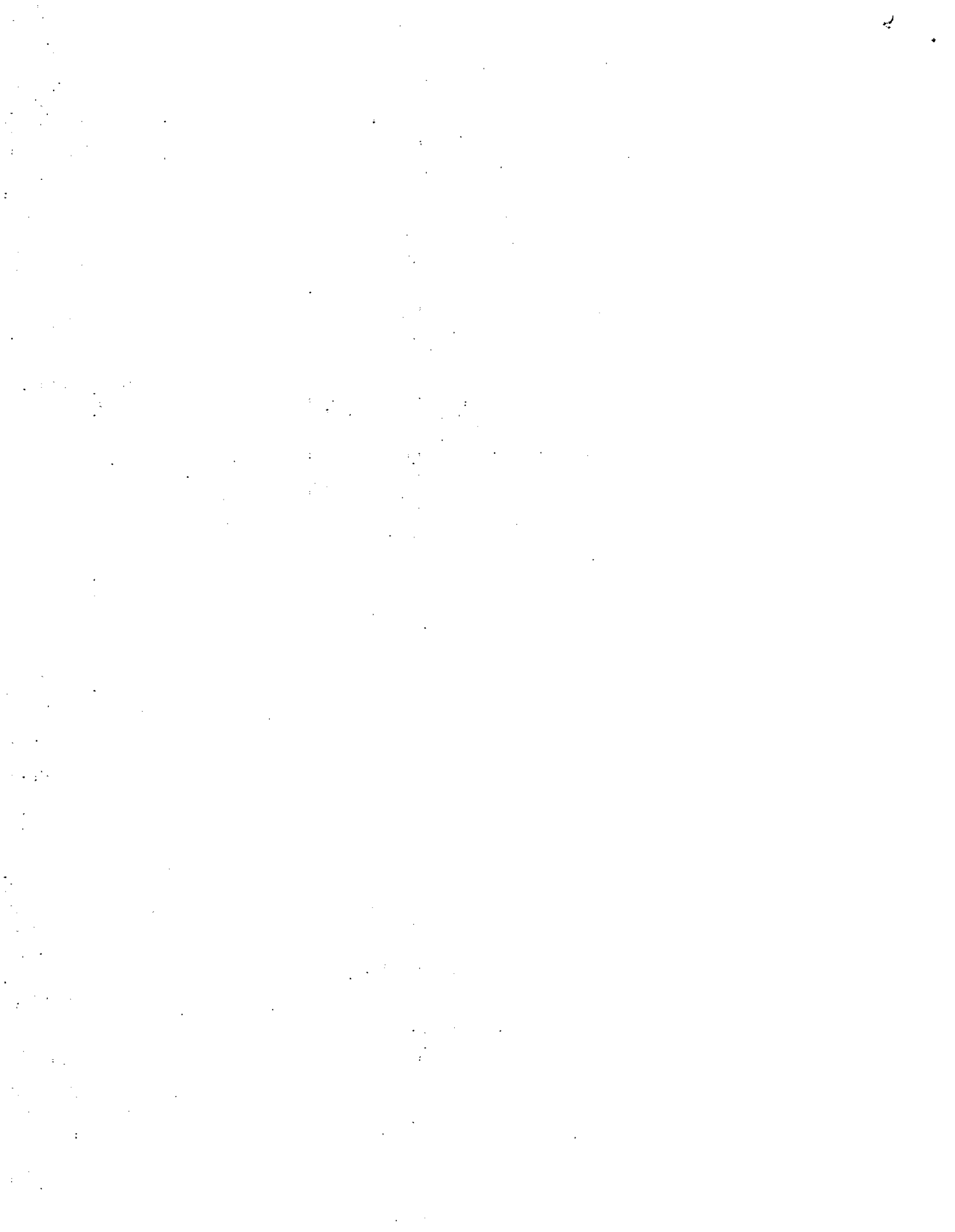
Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

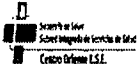
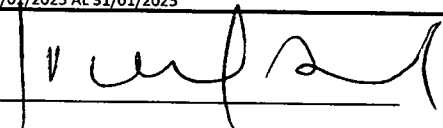
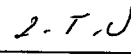
*Yessica Paola Fajardo Merchan*

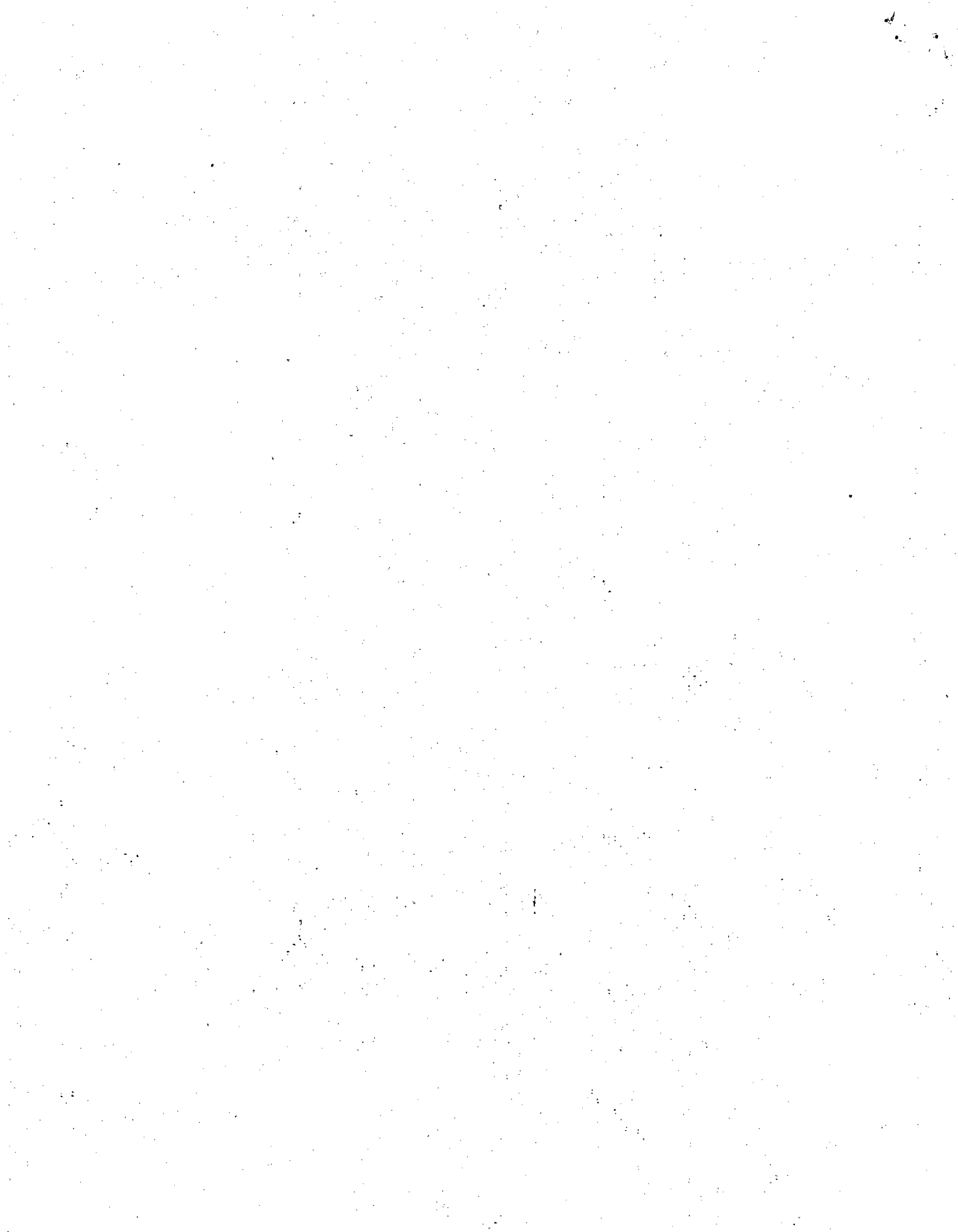
**YESSICA PAOLA FAJARDO MERCHAN**  
**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA**  
**CC: 1.099.212.768**  
**CEL: 3102633319**

 <b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</b> APOYO - GESTIÓN 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	
<b>DATOS DEL CONTRATISTA</b>			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/01/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	YESSICA PAOLA FAJARDO MERCHAN		CC: 1.099.212.768
CORREO ELECTRÓNICO:	yepafame@gmail.com		RUT (NIT):
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 22B SUR 10 38		TELÉFONO: 3102633319
		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 2251 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:	DAVIVIENDA		
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA: 8380440266
<b>NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)</b>			
Nº DEL CONTRATO:	PS 5209 2024	Nº CDP: 3662	Nº CRP: 44734
			PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	24/10/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	9/02/2025
			VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES : \$ 23.465.128
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/01/2025 AL 31/01/2025		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 6.458.292		
SEIS MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS M/CTE			
			
NOMBRE: YESSICA PAOLA FAJARDO MERCHAN CC 1.099.212.768 CEL 3102633319			

		<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>	<b>YESSICA PAOLA FAJARDO MERCHAN</b>			<b>CC:</b>	1.099.212.768	
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	yepafame@gmail.com			<b>RUT (NIT):</b>		
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	CL 22B SUR 10 38			<b>TELÉFONO:</b>	3102633319	
				<b>CIUDAD:</b>	BOGOTÁ	
<b>Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.</b>						
<b>NO tomaré costos y deducciones</b>				<b>( X )</b>		
<b>SI tomaré costos y deducciones</b>				<b>( )</b>		
<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 : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12</b> Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación				<b>SI ( )</b>	<b>NO ( X )</b>	
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	<b>DAVIVIENDA</b>		<b>TIPO DE CUENTA:</b>	<b>AHORROS</b>	<b>Nº CUENTA:</b>	8380440266
<b>NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)</b>						
<b>Nº DEL CONTRATO:</b>	PS 5209 2024	<b>Nº CDP:</b>	46	<b>NºCRP:</b>		<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:</b> TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	24/10/2024	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>		9/02/2025		<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES :</b> \$ 23.465.128
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	01/01/2025 AL 31/01/2025					
<b>VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)</b>	SEIS MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS M/CTE					
						
<b>NOMBRE:</b>	YESSICA PAOLA FAJARDO MERCHAN					
<b>CC</b>	1.099.212.768					
<b>CEL</b>	3102633319					



		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
<b>CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y</b>					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			YESSICA PAOLA FAJARDO MERCHAN		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.099.212.768		
<b>I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS</b>					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO 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 CONVENIO MAS BIENESTAR				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5209 2024	FECHA INICIO CONTRATO	24/10/2024		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 8.611.056				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 23.465.128	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 6.458.292		
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	5	Nº CRP INICIAL:	44734	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	3662
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9479528160	OPERADOR:	APORTES EN LINEA		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	CONVENIO MAS BIENESTAR - DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05				
<b>II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES</b>					
Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº (3)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):		ADICION (3)	PRORROGA (3)
VALOR ADICIONADO	\$ 1.937.488	CDP DE LA	4053	RP DE LA	49702
VALOR ADICIONADO	\$ 6.458.292	CDP DE LA	4120	RP DE LA	50807
VALOR ADICIONADO	\$ 6.458.292	CDP DE LA	46	RP DE LA	TIEMPO
<b>III. POLIZAS (SI APLICA)</b>					
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO	X		
Nº DE PÓLIZA:	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:				
FECHA DE LA PÓLIZA	ACTO ADMINISTRATIVO DE				
<b>IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS</b>					
<b>SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</b>					
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 cláusula "Forma de Pago, <b>CERTIFICO</b> 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: LORENZA BECERRA CAMARGO CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05			
					
		NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: LILIANA TELLEZ VALBUENA PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR			



DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1099212768		FAJARDO MERCHAN YESSICA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 10A 26 10 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3734185	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora
2024-12	2024-12	1168485809	9479528160	I	2025/01/17	2025/01/02	BANCO DAVIVIENDA	0
								\$799,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																										
EMPLEADO			NOVEDADES										PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			Total Aportes										
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	de	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sn	lge	lma	vac	lav	vtc	lrl	vlp	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte		Código	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	
<b>SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)</b>																																										
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																										
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																																										
1	CC 1099212768	FAJARDO YESSICA																			23030	30	\$2,584,000	\$413,500	EPS008	30	\$2,584,000	\$323,000		0	\$0	\$0	14-7	30	\$2,584,000	2.436%	\$63,000	0	\$0	\$0	No	\$799,500
<b>Total Afiliados (1)</b>																																										

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1099212768		FAJARDO MERCHAN YESSICA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 10A 26 10 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3734185	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora
2024-12	2024-12	1168485809	9479528160	I	2025/01/17	2025/01/02	BANCO DAVIVIENDA	0
								\$799,500

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$413,500	\$0	\$0	\$413,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$413,500	\$0	\$0	\$413,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$63,000	\$0	\$0	\$63,000
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$63,000	\$0	\$0	\$63,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$323,000	\$0	\$0	\$323,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$323,000	\$0	\$0	\$323,000
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$799,500</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$799,500</b>

