240 4

Centro Oriente E.S.E.	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

NARCISO BOHORQUEZ DUARTE

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	79.406.964

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS BACHILLER COMO CONDUCTOR DE AMBULANCIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E., CONVENIO 7120405-2024"APH"

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		**PS 5711 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**9/12/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 2.309.988**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**		**TREINTA Y UN (31) DIAS**	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 4.365.180**			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 2.163.360**
Nº DE INFORME:	**2**	**Nº CRP:**	**50898**	**Nº CDP:**	**4122**
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	**UN (1) MES Y VEINTICUATRO (24)DIAS**				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	**3BI. HOSPITAL SAN BLAS**				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	**1**	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**1**	**PRORROGAS**		**1**
VALOR ADICIONADO	**$ 2.055.192**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**36**	**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	VEINTITRES (23) DIAS
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:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			
FECHA DE LA PÓLIZA		**FECHA DE APROBACIÓN:**			

IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, 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	
1	Estuve presente en el momento de entregar y recibir turno registrando las novedades correspondientes
2	Preste los servicios como apoyo administrativo logístico (conductores) para la Unidad Funcional de Atención Prehospitalaria, en el marco de estándares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud vigente
3	Realice los desplazamientos derivados de valoraciones y/o traslados ordenados por el médico regulador del Centro Reguladur de Urgencias y Emergencias CRUE
4	Mantuve la ambulancia en las condiciones de aseo, funcionamiento, presentación y conservación óptimas para el traslado y/o valoración de pacientes
5	Cumpli con el procedimiento de atención prehospitalaria, registrando todo tipo de novedad o necesidades administrathvas y/o asistenciales para garantizar la operatividad de la unidad móvil, verificar y salvaguardar cada uno de los equipos biomédicos asignados a las unidades móviles del Programa de Atención Prehospitalaria, además cumpli con el porte de los elementos de identificación institucional.
6	Porte de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carnet que lo acredita como colaborador de la Subred Centro Oriente E.S.E.
7	Cumpli lo contemplado en el manual de bioseguridad
8	Vele por la oportunidad, la pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolutiva en la atención Pre Hospitalaria
9	Reporté sucesos de seguridad
10	Adopte los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades
11	Trate dignamente y humanizadamente tanto al cliente interno coma externo
12	Cumpli con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades
13	Respondí oportunamente a los despachos y/o llamados generados desde el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE
14	Aplique las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional
15	Asistí a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución
16	Reporte todos los desplazamientos realizados en la ambulancia "Fallidos S-20, Valoraciones y Traslados" al Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE.
17	Respondí y asistí a las citaciones derivadas de los requerimientos del SDQS, Novedades administrativas y Asistenciales generadas por el Centro regulador de Urgencias y Emergencias en Salud CRUE
18	Registre adecuada y oportunamente al personal encargado los mantenimientos y posibles fallas que presento el vehículo
19	Verifique pre operacional del vehículo, herramienta, documentación y accesorios de seguridad vial
20	Durante el periodo certificado no se realizaron capacitaciones de seguridad vial
21	Tramite mensualmente dentro de los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente los formatos de "formato informe y cuenta de cobro", "certificado de pago de aportes sociales", para el pago de sus respectivos honorarios
22	Realice las actividades requeridas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato y la ejecución del convenio 7120405 - 2024 "APH" dentro de la autonomía e independencia para el desarrollo del contrato.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**9479511821**	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SANITAS**	**20/01/2025**	**$ 162.900**
PENSIÓN:	**PROTECCION**	**20/01/2025**	**$ 208.400**
RIESGOS LABORALES:			
OTRO			
TOTAL PAGADO			**$ 371.300**

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrolle 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 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

NARCISO BOHORQUEZ DUARTE
C.C: 79406964
Cel: 3143311720

ENE 20 2025 12:11:39 RBMICT10.5

CORRESPONSAL
DROGUERIAS VALUES
CL 55A 68A-15 SUR

BANCO DE BOGOTA

C. UNICO: 0016449498
V. ELECTRON
**8583
RECAUDO

TER: 11UZZ596
Cc
RECIBO: 022868
RRN: 038435
APRO: 388106

SERVICIO: 0000001506
FACTURA: 0000000009479511821

** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA

RECAUDO $ 371.300

*** CLIENTE ***
MAYOR INFORMACION EN LA LINEA
NACIONAL: 01 8000518877

Secretaría Distrital de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**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:	NARCISO BOHORQUEZ DUARTE		**CC:**		79406964
			RUT (NIT):		79406964-6
CORREO ELECTRÓNICO:	narcisobd@gmail.com		***TELÉFONO:***		3143311720
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 55A 68C 03 SUR		**CIUDAD:**		BOGOTA
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					
Regimen 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**	**N° CUENTA:**	0008770124199

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	**PS 5711 2024**	**N° CDP:**	**36**	**N°. RP:**		**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : UN (1) MES Y VEINTICUATRO (24)DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**9/12/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/01/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 4365180**
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)	**$**					**2.163.360**
	DOS MILLONES CIENTO SESENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS SESENTA PESOS M/CTE					

NARCISO BOHORQUEZ DUARTE
C.C: 79406964
Cel: 3143311720

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	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-1A-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	**NARCISO BOHORQUEZ DUARTE**
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**79.406.964**

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	**PRESTAR SERVICIOS BACHILLER COMO CONDUCTOR DE AMBULANCIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E., CONVENIO 7120405-2024"APH"**

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 5711 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**9/12/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$**	**2.309.988**			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$**	**4.365.180**	**VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:**	**$**	**2.163.360**
N° PAGO / N° DE INFORME:	**(2 de 2)**	**N° CRP INICIAL:** **50898**	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**		**4122**
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	**UN (1) MES Y VEINTICUATRO (24)DIAS**				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	**9479511821**		**OPERADOR:**		**APORTES EN LINEA**
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	**DIRECCIÓN DE URGENCIAS - CONVENIO 7120405-2024 "APH"**				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	**3BL HOSPITAL SAN BLAS**				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	1	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRORROGA):**				ADICION (1)	PRORROGA (1)
VALOR ADICIONADO	$ 2.055.192	**CDP DE LA ADICIÓN:**	36	**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	VEINTITRES (23) 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)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**X**
N° DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		
FECHA DE LA PÓLIZA		**ACTO ADMINISTRATIVO DE**		

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.

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:** **FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO** **CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05** **NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:** **MARITZA CARDENAS PALOMINO** **PERFIL: ENFERMERA**

Secretaría de Salud Centro Oriente E.S.E.	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		NARCISO BOHORQUEZ DUARTE			
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		79.406.964			
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS BACHILLER COMO CONDUCTOR DE AMBULANCIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.. CONVENIO 7120405-2024"APH"				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5711 2024	FECHA INICIO CONTRATO		9/12/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$			2.309.988	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 4.365.180	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$	2.163.360	
N° PAGO / N° DE INFORME:	(2 de 2)	N° CRP INICIAL: 50898	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	4122	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (1) MES Y VEINTICUATRO (24)DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9479511821	OPERADOR:	APORTES EN LINEA		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCIÓN DE URGENCIAS - CONVENIO 7120405-2024 "APH"				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES								
N° DE MODIFICACIÓN:	1	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICION ( )		PRORROGA ( )
VALOR ADICIONADO	$ 2.055.192	CDP DE LA ADICIÓN:	36	RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:		VEINTITRES (23) 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)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X	
N° DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			
FECHA DE LA PÓLIZA		ACTO ADMINISTRATIVO DE			

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.

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: FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05 NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: CLAUDIA PATRICIA MILANÉS ÁLVAREZ PERFIL: LÍDER PROGRAMA APH

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79406964		BOHORQUEZ DUARTE NARCISO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 55A 68C 03 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Período		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1060030435	9475511821	I	2025/01/17	2025/01/20	BANCO DE BOGOTA	3	$371,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$0	$0		$0	$0
1	CC	79406964	BOHORQUEZ NARCISO	230201	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**			$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$0	$0		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79403964		BOHORQUEZ DUARTE NARCISO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 55A 68C 03 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	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	1000030435	9479511821	I	2025/01/17	2025/01/20	BANCO DE BOGOTA	3	$371,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$400	$0	$208,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$208,000	$400	$0	$208,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$400	$0	$162,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$162,500	$400	$0	$162,900
TOTAL				1	$370,500	$800	$0	$371,300

2025/01/20 03:10 PM