

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-IA-FT-077
 VERSIÓN: 2
 FECHA: 2024-09-16

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

YINETH MIREYA ROMERO AVILA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

52.188.831

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO EN SISTEMAS 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 4163 2025

FECHA INICIO CONTRATO

01/01/2025

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$ 14.762.688

PLAZO INICIAL DEL CONTRATO

SEIS (6) MESES

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:

\$ 14.762.688

VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:

\$ 855.808

Nº DE INFORME:

2

Nº CRP:

5846

Nº CDP:

5

PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS

SEIS MESES

UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

6BH CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

MARIA CRISTINA DUARTE GARZON
 PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 29

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES 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:

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

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)

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: realización de envíos de correo de planes de mejoras, solicitud de insumos, acta de socialización, revisión y recibido de productos, revisión y descarga de correo red sigvila 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sigvila2024\250_46_8_PRODUCTOS_SIVIGILA\23_LINEA_155\172.26.33.40\sigvila2025\250_46_8_PRODUCTOS_SIVIGILA\23_LINEA_155
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: realización de envíos de correo de planes de mejoras, solicitud de insumos, acta de socialización, revisión y recibido de productos, revisión y descarga de correo red sigvila 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sigvila2024\250_46_8_PRODUCTOS_SIVIGILA\23_LINEA_155\172.26.33.40\sigvila2025\250_46_8_PRODUCTOS_SIVIGILA\23_LINEA_155
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: realización de envíos de correo de planes de mejoras, solicitud de insumos, acta de socialización, revisión y recibido de productos, revisión y descarga de correo red sigvila 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sigvila2024\250_46_8_PRODUCTOS_SIVIGILA\23_LINEA_155\172.26.33.40\sigvila2025\250_46_8_PRODUCTOS_SIVIGILA\23_LINEA_155

4	<p>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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: realización de envíos de correo de planes de mejoras, solicitud de insumos, acta de socialización, revisión y recibido de productos, revisión y descarga de correo red sivigila</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2024S\250_46_8_PRODUCTOS_SIVIGILA\23_LINEA_155\172.26.33.40\Sivigila2025S\250_46_8_PRODUCTOS_SIVIGILA\23_LINEA_155</p>
5	<p>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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: realización de envíos de correo de planes de mejoras, solicitud de insumos, acta de socialización, revisión y recibido de productos, revisión y descarga de correo red sivigila</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2024S\250_46_8_PRODUCTOS_SIVIGILA\23_LINEA_155\172.26.33.40\Sivigila2025S\250_46_8_PRODUCTOS_SIVIGILA\23_LINEA_155</p>
6	<p>1. OBLIGACIÓN: Realizar la revisión (precrítica) a los formatos y/o fichas de captura establecidos en los anexos y documentos establecidos de acuerdo a los lineamientos técnicos de los entornos y procesos transversales del convenio Interadministrativo PSPIC Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: realización de envíos de correo de planes de mejoras, solicitud de insumos, acta de socialización, revisión y recibido de productos, revisión y descarga de correo red sivigila</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2024S\250_46_8_PRODUCTOS_SIVIGILA\23_LINEA_155\172.26.33.40\Sivigila2025S\250_46_8_PRODUCTOS_SIVIGILA\23_LINEA_155</p>
7	<p>1. OBLIGACIÓN: Realizar depuración, administración y/o consolidación de las bases de datos, documentos y/o informes generados por las acciones o intervenciones de los entornos y procesos transversales, garantizando la calidad, oportunidad, integridad, consistencias y veracidad</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: realización de envíos de correo de planes de mejoras, solicitud de insumos, acta de socialización, revisión y recibido de productos, revisión y descarga de correo red sivigila</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2024S\250_46_8_PRODUCTOS_SIVIGILA\23_LINEA_155\172.26.33.40\Sivigila2025S\250_46_8_PRODUCTOS_SIVIGILA\23_LINEA_155</p>
8	<p>1. OBLIGACIÓN: Dar cumplimiento a las actividades de los procesos TRANSVERSALES del PSPIC, de acuerdo a su competencia: CANALIZACIONES, PAI, Educación para la Salud Pública, GESI, ACCVSyE, Notificación de EISP y Participación Social.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: realización de envíos de correo de planes de mejoras, solicitud de insumos, acta de socialización, revisión y recibido de productos, revisión y descarga de correo red sivigila</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2024S\250_46_8_PRODUCTOS_SIVIGILA\23_LINEA_155\172.26.33.40\Sivigila2025S\250_46_8_PRODUCTOS_SIVIGILA\23_LINEA_155</p>
9	<p>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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: realización de envíos de correo de planes de mejoras, solicitud de insumos, acta de socialización, revisión y recibido de productos, revisión y descarga de correo red sivigila</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2024S\250_46_8_PRODUCTOS_SIVIGILA\23_LINEA_155\172.26.33.40\Sivigila2025S\250_46_8_PRODUCTOS_SIVIGILA\23_LINEA_155</p>
10	<p>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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: realización de envíos de correo de planes de mejoras, solicitud de insumos, acta de socialización, revisión y recibido de productos, revisión y descarga de correo red sivigila</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2024S\250_46_8_PRODUCTOS_SIVIGILA\23_LINEA_155\172.26.33.40\Sivigila2025S\250_46_8_PRODUCTOS_SIVIGILA\23_LINEA_155</p>

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9479294078	OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	ALIANSA LUD	07/01/2025	\$	162.500
PENSIÓN:	PORVENIR	07/01/2025	\$	208.000
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	07/01/2025	\$	31.700
OTRO	CCF COMPENSAR	07/01/2025	\$	26.000
TOTAL PAGADO			\$	428.200

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

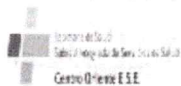
- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
- 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el IBC se calculó sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a EPS, ARL, 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 periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YINETH MIREYA ROMERO AVILA
 CC: 52.188.831
 CEL 3014275198



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION DE CONTRATACION
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS
Y DE APOYO A LA GESTION

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 6
FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 28/02/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	YINETH MIREYA ROMERO AVILA	CC:	52.188.831
CORREO ELECTRÓNICO:	yineth2.romero@gmail.com	RUT (NIT):	52188831 - 1
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 36 K SUR 6 41 ESTE	TELÉFONO:	3014275198
		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	Nº CUENTA:	570008480325011
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					

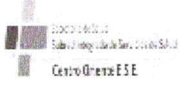
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

Nº DEL CONTRATO:	PS 4163 2025	Nº CDP:	5	Nº. RP:	5846	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:	\$ 14.762.688	

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)	\$ 855.808
	OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS OCHO PESOS

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YINETH MIREYA ROMERO AVILA
CC: 52.188.831
CEL: 3014275198



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	YINETH MIREYA ROMERO AVILA
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	52.188.831

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO EN SISTEMAS 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 4163 2025	FECHA INICIO CONTRATO	01/01/2025
--	--------------	------------------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 14.762.688		
-----------------------------------	---------------	--	--

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 14.762.688	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 855.808
---	---------------	--	------------

N° PAGO / N° DE INFORME:	2 de 2	N° CRP INICIAL:	5846	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	5
---------------------------------	--------	------------------------	------	------------------------------------	---

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS MESES				
--	------------	--	--	--	--

N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9479294078	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
--	------------	------------------	------------------

PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GSP PSPIC - VSP			
--	-----------------	--	--	--

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6BH CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE			
--	-------------------------------------	--	--	--

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 29			
-------------------------------	--	--	--	--

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:

III. POLIZAS (SI APLICA)

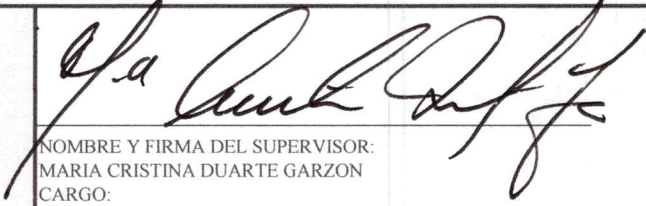

N° DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	N/A

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

<p>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:</p>	
	<p>NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: MARIA CRISTINA DUARTE GARZON CARGO: PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 29</p>
	
	<p>NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: INGRID VIVIANA LEAL GOMEZ PERFIL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO 3</p>

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52188831		ROMERO AVILA YINETH MIREYA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 36 k SUR 6 # 43 ESTE	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4647600	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	1178063245	9479294078	I	2025/01/10	2025/01/07	BANCO DAVIVIENDA	0	\$428,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$1,300,000	\$26,000			\$1,300,000	\$31,700			\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$1,300,000	\$26,000			\$1,300,000	\$31,700			\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$1,300,000	\$26,000			\$1,300,000	\$31,700			\$0	\$0
1	CC 52188831	ROMERO YINETH	230301	30	\$1,300,000	\$208,000	EP5001	30	\$1,300,000	\$162,500	CCF24	30	\$1,300,000	\$26,000	14-7	30	\$1,300,000	\$31,700	30		\$0	\$0
Total	Afiliados(1)				\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$1,300,000	\$26,000			\$1,300,000	\$31,700			\$0	\$0

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 52188831		ROMERO AVILA YINETH MIREYA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 36 k SUR 6 # 43 ESTE	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4647600	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	
2024-12	2024-12	1178063245	9479294078	I	2025/01/10	2025/01/07	BANCO DAVIVIENDA	0	
								Valor	\$428,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$208,000	\$0	\$0	\$208,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$208,000	\$0	\$0	\$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$31,700	\$0	\$0	\$31,700
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$31,700	\$0	\$0	\$31,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$26,000	\$0	\$0	\$26,000
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$26,000	\$0	\$0	\$26,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$162,500	\$0	\$0	\$162,500
ALIANSAUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	\$162,500	\$0	\$0	\$162,500
TOTAL				1	\$428,200	\$0	\$0	\$428,200

Cuenta de Ahorros

Último ingreso: 09/11/2023 - 09:52:34 pm | IP: 191.156.40.13



- \$
- Pagar
- Transferir
- Inscribir
- Recargas
- Bolsillo
- Retiros sin Tarjeta
- Ir a Resumen

< Atrás

Compra APORTES EN LINEA

Valor	Nº de aprobación
\$428.200,00 COP	7806324-5
Canal	Fecha y hora
Zona de Pagos PSE	07 ene., 2025
	11:25 am

Origen	Destino
Cuenta de Ahorros →	APORTES EN LINEA
0570 0084 8032 5011	**** 🏠
YINETH MIREYA	