| | | |
|---|---|---|
| Secretaría Distrital de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Centro Oriente E.S.E. | 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** | | | | | | |
| **YURI PAOLA GOMEZ ANGEL** | | | | | | |
| **NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | | | | 1.023.934.277 | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO GINECOBSTETRA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. | | | | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | | **PS 1662 2025** | | **FECHA INICIO CONTRATO** | | **2/01/2025** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | **$** | **75.229.440** | **PLAZO INICIAL DEL CONTRATO** | TRES (3) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | **$** | **75.229.440** | | **VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:** | | **$ 8.206.848** |
| **Nº DE INFORME:** | 3 | | **Nº CRP:** | 6282 | **Nº CDP:** | 1 |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | TRES (3) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS | | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | | 2MI HOSPITAL MATERNO INFANTIL | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | | JORGE EDUARDO CARO CARO | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:** | N/A | **TIPO DE MODIFICACIÓN** | **ADICIÓNES** | **(NUMERO)** | **PRORROGAS** | **(NUMERO)** | |
| 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** | |
| **Nº DE PÓLIZA:** | 123 | | **NOMBRE DE LA ASEGURADORA:** | | ABC |
| **FECHA DE LA PÓLIZA** | DD/MM/AAAA | | **FECHA DE APROBACIÓN:** | | DD/MM/AAAA |

| ITEM | IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO<br>(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes) |
|---|---|
| 1 | Realiza actividades asistenciales en servicio de hospitalizacion de la UMHES la Victoria y Materno Infantil, siguiendo protocolos y guias de practica clinica denro del plan de manejo de su especialidad, con un alto nivel cientifico, ético y humano, de una manera oportuna y pertinente, en correspondencia con las necesidades de los pacientes. |
| 2 | Realiza actividades asistenciales en servicio de hospitalizacion de la UMHES la Victoria y Materno Infantil, siguiendo protocolos y guias de practica clinica denro del plan de manejo de su especialidad, con un alto nivel cientifico, ético y humano, personalizada y humanizada, cumpliendo el principio de equida. |
| 3 | Realiza actividades asistenciales dando cumplimiento a las necesidades de la Subred cubriendo los servicios de consulta externa especializada en los CAPS, hospitalizacion partos urgencias y consulta prioritaria en la UMHES de la Victoria y Materno Infantil. |
| 4 | *Informar al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, generando un alto grado de satisfacción sobre los servicios prestados, resolviendo inquietudes* relacionadas con el proceso de atención. |
| 5 | Lidera el programa de parto humanizado, sexologia clinica - salud sexual y reproductiva programa de Interrupcion Voluntaria del Embarazo IVE, Enfermedades transmisibles, para lo cual se manejan los datos etadisticos, indicadores y registros. |
| 6 | Cumple con el codigo de ética médica y las disposiciones legales propias del servicio de ginecologia y obstetricia, asi como la socializacion y cumplimiento en la divulgacion de deberes y derechos institucionales a cliente interno y externo de la institucion. |
| 7 | Realiza el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación e impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados. |
| 8 | Entrega en los tiempos requeridos de los documentos, informes y resumen de historias clinicas pára los analisis previos y con la SDS de pacientes con sifilis gestacional, VI, mortalidad materna , morbilidad materna extrema. |
| 9 | Manejo oportuno de formatos de plan de contingencia, socializado a todo el equipo de ginecologia y obstetricia y aplicados en la consulta asistencial. |

| | |
|---|---|
| 10 | Garantiza la reserva y la custodio de los documentos de las pacientes. |
| 11 | Utilizo de manera adecuada los equipos, elementos e instalaciones y los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas. Siempre he respondido por la seguridad de los equipos que se encuentren bajo mi custodia |
| 12 | Portò el carnet institucìol de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales |
| 13 | Cumplò oportunmente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | 94829688823 | OPERADOR: | APORTES EN LINEA |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | FAMISANAR | 11/03/2025 | $ 1.051.600 |
| PENSIÓN: | COLFONDOS | 11/03/2025 | $ 1.430.200 |
| RIESGOS LABORALES: | COLPATRIA | 11/03/2025 | $ 205.000 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 2.686.800 |

**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 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 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 período correspondiente

Yuri Paola Gomez

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YURI PAOLA GOMEZ ANGEL
CC: 1023934277
*CEL:3204742526*

| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Centro Oriente E.S.E | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**<br>**APOYO – GESTIONDE 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: (31/03/2025)** | | | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | YURI PAOLA GOMEZ ANGEL | | | **CC:** | 1023934277 |
| | | | | **RUT (NIT):** | NA |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | yupagomez@gmail.com | | | **TELÉFONO:** | 3204742526 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | CARRERA 77 # 20 29 | | | **CIUDAD:** | BOGOTA |
| **Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.** | | | | | |
| NO tomaré costos y deducciones | | | | ( NO ) | |
| 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 ( X ) | NO ( ) |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | BANCO DE BOGOTA | | | | |
| **NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)** | | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **Nº CUENTA:** | **2631422200** |

| **NUMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ULTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 1662 2025** | **Nº CDP:** | **1** | **Nº. RP:** | **6282** | **PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : TRES (3) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **2/01/2025** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | **30/04/2025** | | **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 75.229.440** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | DEL 01/03/2025 AL 12/03/2025 | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)** | **$** | | | | | **8.206.848** |
| | **OCHO MILLONES DOSCIENTOS SEIS MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE** | | | | | |

Yuri Paola Gomez

YURI PAOLA GOMEZ ANGEL
C.C 1023934277
CEL: 3204742526

| | 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** | **YURI PAOLA GOMEZ ANGEL** | | | | |
| **NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | **1.023.934.277** | | | | |
| **I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | | | | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO GINECOBSTETRA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. | | | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 1662 2025** | | **FECHA INICIO CONTRATO** | | **2/01/2025** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 75.229.440 | | | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 75.229.440 | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | | $ 8.206.848 |
| **N° PAGO / N° DE INFORME:** | (3 de 3) | **N° CRP INICIAL:** | 6282 | **N° CDP INICIAL DEL CONTRATO** | 1 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | TRES (3) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS | | | | |
| **N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:** | 9482968823 | | **OPERADOR:** | APORTES EN LINEA | |
| **PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:** | DIRECCION DE HOSPITALIZACION MEDICINA | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | 2MI HOSPITAL MATERNO INFANTIL | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | JORGE EDUARDO CARO CARO | | | | |

| **II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES** | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DE MODIFICACIÓN:** | N° ( ) | **TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRORROGA):** | | | | ADICION ( ) | PRORROGA ( ) |
| **VALOR ADICIONADO** | $ - | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **RP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | (MESES O DIAS ) |
| **VALOR ADICIONADO** | $ - | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **RP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | (MESES O DIAS ) |
| **VALOR ADICIONADO** | $ - | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **RP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | (MESES O DIAS ) |
| **VALOR ADICIONADO** | $ - | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **RP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | (MESES O DIAS ) |
| **VALOR ADICIONADO** | $ - | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **RP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | (MESES O DIAS ) |
| **VALOR ADICIONADO** | $ - | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **RP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | (MESES O DIAS ) |
| **VALOR ADICIONADO** | $ - | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **RP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | (MESES O DIAS ) |

| **III. POLIZAS (SI APLICA)** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?** | **SI** | | **NO** | | |
| **N° DE PÓLIZA:** | XX | **NOMBRE DE LA ASEGURADORA:** | | XX | |
| **FECHA DE LA PÓLIZA** | DD/MM/AAAA | **ACTO ADMINISTRATIVO DE** | | XX | |

**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 ( 01/03/2025) AL (12/03/2025)

| | |
|---|---|
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:** | **NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: JORGE EDUARDO CARO CARO**<br>**CARGO: LIDER HOSPITAL LA VICTORIA**<br><br>**NOMBRE Y FIRMA REFERENTE: YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ**<br>**CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05** |



**YURI PAOLA GOMEZ ANGEL**
NIT 1.023.934.277-6
CARRERA 19 B 62 A 37 SUR
Tel: (031) 7903852
Bogotá - Colombia
YUPAGOMEZ@GMAIL.COM

Factura electrónica de venta
**No. 569**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Señores** | Sub Red Integrada de servicios de Salud Centro Oriente ESE | | |
| **NIT** | 900.959.051-7 | **Teléfono** | (601) 3444484 - Ext. 000 |
| **Dirección** | Dg 34#3- 14 | **Ciudad** | Bogotá - Colombia |

| **Fecha y hora Factura** | |
|---|---|
| **Generación** | 14/03/2025, 09:33 |
| **Expedición** | 14/03/2025, 09:33 |
| **Vencimiento** | 31/03/2025 |

| Ítem | Descripción | Cantidad | Vr. Total |
|---|---|---|---|
| 1 | Prestacion de servicios medicos especializados como ginecologo y obstetra del 1 - 31 de Marzo 2025 | 1.00 | 22,786,848.00 |

**Total items:** 1

**Valor en Letras:**
Veintidos millones setecientos ochenta y seis mil ochocientos cuarenta y ocho pesos m/cte

**Forma de pago:**
Crédito

**Medio de pago:**
Otro - Pago a crédito - Cuota No. 001 vence el 2025-03-31 por $ 22,786,848.00

| | |
|---|---|
| ***Total Bruto*** | 22,786,848.00 |
| IVA 0% | 0.00 |
| **Total a Pagar** | **22,786,848.00** |

**Observaciones:**
DECLARO QUE PERTENEZCO AL REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION.
POR FAVOR CONSIGNAR A CUENTA DE AHORROS BANCO DE BOGOTA 263142200

*A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor.* **Número Autorización Electrónica 18764074987134 aprobado en 20240712 prefijo desde el número 561 al 590 Vigencia: 24 Meses**
No responsable de IVA - Actividad Económica 8610 Actividades de hospitales y clínicas, con internación Tarifa
**CUFE:** 9e10c603a59aa030f04b1722ba81c568bbea6711297d9b5fe9c8444b268ec94467cded6723a50b31e8cbabadcfa020c4

Facturación Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8 Nombre Software: Siigo Nube, Firma electrónica: ver en el XML

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1023934277 | | GOMEZ ANGEL YURI PAOLA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | carrera 19b 62a 37 sur | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 7903852 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-02 | 2025-02 | 1328831873 | 9482968823 | I | 2025/03/19 | 2025/03/11 | BANCO DE BOGOTA | 0 | $2,686,800 |

**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 | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Tarifa | Aporte | Días | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| SUCURSAL PRINCIPAL (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $8,412,020 | $1,430,200 | | | $8,412,020 | $1,051,600 | | | $0 | $0 | | | $8,412,020 | | $205,000 | | $0 | $0 | | $2,686,800 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $8,412,020 | $1,430,200 | | | $8,412,020 | $1,051,600 | | | $0 | $0 | | | $8,412,020 | | $205,000 | | $0 | $0 | | $2,686,800 |
| 1 | CC | 1023934277 GOMEZ YURI | | | | | | | | | X | | | | | | | | | 23100 1 | 30 | $8,412,020 | $1,430,200 | EPS017 | 30 | $8,412,020 | $1,051,600 | | 0 | $0 | $0 | 14-4 | 30 | $8,412,020 | 2.436% | $205,000 | 0 | $0 | $0 | No | $2,686,800 |
| **Total Afiliados( 1)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $8,412,020 | $1,430,200 | | | $8,412,020 | $1,051,600 | | | $0 | $0 | | | $8,412,020 | | $205,000 | | $0 | $0 | | $2,686,800 |

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1023934277 | | GOMEZ ANGEL YURI PAOLA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | carrera 19b 62a 37 sur | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 7903852 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-02 | 2025-02 | 1328831873 | 9482968823 | I | 2025/03/19 | 2025/03/11 | BANCO DE BOGOTA | 0 | $2,686,800 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SANCIONES E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $1,430,200 | $0 | $0 | $1,430,200 |
| COLFONDOS | 231001 | 800,227,940 | 6 | 1 | $1,430,200 | $0 | $0 | $1,430,200 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $205,000 | $0 | $0 | $205,000 |
| COLPATRIA ARP | 14-4 | 860,002,183 | 9 | 1 | $205,000 | $0 | $0 | $205,000 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $1,051,600 | $0 | $0 | $1,051,600 |
| FAMISANAR | EPS017 | 830,003,564 | 7 | 1 | $1,051,600 | $0 | $0 | $1,051,600 |
| TOTAL | | | | 1 | $2,686,800 | $0 | $0 | $2,686,800 |