| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud 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 | YENNY MILEC MARTINEZ MARTINEZ | | | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: | 52.445.457 | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. | | | | |
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 1200 2025 | | FECHA INICIO CONTRATO | 02/01/2025 | |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | $ 9.091.280 | PLAZO INICIAL DEL CONTRATO | CUATRO ( 4 ) MESES | | |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | $ 9.091.280 | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | $ 2.438.116 | | |
| Nº DE INFORME: | 3 | Nº CRP: | 5928 | Nº CDP: | 1 |
| PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS | CUATRO ( 4 ) MESES | | | | |
| UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | 2L V HOSPITAL LA VICTORIA | | | | |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | DIANA ISABEL MORA MORALES REFERENTE DECONSULTA EXTERNA | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO: | 0 | TIPO DE MODIFICACIÓN | ADICIÓNES | 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 (SI APLICA)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nº DE PÓLIZA: | N/A | NOMBRE DE LA ASEGURADORA: | N/A |
| FECHA DE LA PÓLIZA | DD/MM/AAAA | FECHA DE APROBACIÓN: | N/A |

| 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 actividades específicas realizadas durante el mes) |
|---|---|
| 1 | Se presto el servicio de conformidad con la asignación de actividades acordadas con el supervisor del contrato, |
| 2 | Se Realizo las actividades propias del cuidado de enfermería cumpliendo los protocolos institucionales previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud. ( recibo y entrega de turno, actividades de enfermería y demás actividades que se deriven del proceso de enfermería. |
| 3 | Se Notificaron de inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a sus pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el sistema de reporte. |
| 4 | Informar a la enfermera jefe del servicio y al médico tratante, sobre los cambios del estado clínico de los pacientes en forma oportuna y adecuada. |
| 5 | Revisar la Historia clínica de los pacientes asignados conociendo su evolución diaria, tratamiento, para realizar el plan de cuidado de Enfermería integral del paciente. |
| 6 | Diligenciar los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones, que permita mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación. |
| 7 | Cumplir las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas Institucionales. |
| 8 | Responder por los inventarios, realizar control, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la infraestructura del servicio y/o área donde se encuentre desarrollando las actividades. |
| 9 | Ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada conservando el respeto por la dignidad humana según política institucional de humanización. |
| 10 | Mantener la reserva y confidencialidad de la información clínica y personal de los pacientes, dando cumplimiento a la resolución 1995 y al manual de manejo de historia clínica establecido por la institución. |
| 11 | Realizar asesorías pretest y pruebas rápidas en los diferentes servicios intramurales y extramurales según solicitudes realizndas generando el respectivo registro en la historia clínica, planillas e informes garantizando que se realicen los respectivos informes. |
| 12 | Realizar búsqueda activa de población clave, realizando todo el proceso correspondiente para el diagnóstico. |
| 13 | Se Porto el carnet institucional de la Subred durante la ejecución de actividades contractuales. |
| 14 | Se solicita, Alista, entrega, custodia y retorna limpieza y desinfección del instrumental según el área que corresponda teniendo en cuenta el manual de central de esterilización institucional. |
| 15 | Se cumplio con las actividades propias del servicio y con las asignaciones realizadas por la enfermera coordinadora, lo cual incluye apoyo e instrumentación de procedimientos menores en consultorio, traslado y entrega de muestras de patología. |
| 16 | Se recepcióna, la custodia y entrega oportuna de las historias clínicas de contingencia, formatos de consentimiento informado al archivo de gestión documental, realizado el registro en el formato correspondiente. |
| 17 | Apoya actividades relacionadas con el proceso de acreditación y habilitación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E. |
| 18 | Se realizo limpienza recuerente entre semana y fines de semana desinfeccion terminal para mantener limpio y ordenada la unidad del paciente. |
| 19 | Ejecuto los procedimientos y cuidados a los pacientes que requieren manejo en el programa de clínica de heridas. |
| 20 | Velar por el cuidado y aprovechamiento de los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio. |
| 21 | Se realizo la revision diaria del inventario correspondiente al area. |
| 22 | Diligenciar en forma adecuada cada uno de los formatos establecidos y realizar el registro y lectura a diario de termo hidrometria del servicio. |

| | |
|---|---|
| 23 | Se realizo el uso adecuado del uniforme durante la programacion de actividades. |
| 24 | Se realizo la partipacion en las reuniones y capacitaciones programadas. |
| 25 | Se Realiza cumpliniento según protocolo carro paro, secuencia y verificación candados de seguridad, registros oportunos según formatos establecidos teniendo en cuenta el registro de temperatura y descarga. Desfibrilador en el servicio asignado. |

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

| No. DE PLANILLA: | 9482395345 | OPERADOR: | APORTES EN LINEA |
|---|---|---|---|

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | COMPENSAR | 11/03/2025 | $ 178.000 |
| PENSIÓN: | PORVENIR | 11/03/2025 | $ 227.800 |
| RIESGOS LABORALES: | SEGUROS BOLIVAR | 11/03/2025 | $ 34.700 |
| OTRO | COMPENSAR | 11/03/2025 | $ 28.500 |
| TOTAL PAGADO | | | $ 469.000 |

**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 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 periodo correspondiente

Jenny Martinez

YENNY MILEC MARTINEZ MARTINEZ
C.C: 52445457
CEL: 3212910718

| | | |
|---|---|---|
| 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 – GESTION DE 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: | YENNY MILEC MARTINEZ MARTINEZ | CC: | 52445457 |
| | | RUT (NIT): | |
| CORREO ELECTRÓNICO: | JENNYMILEC.MARTINEZ@GMAIL.COM | TELÉFONO: | 3212910718 |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | CARRERA 3 B ESTE N° 38-40 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 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: | DAVIVIENDA | | | | |
| NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE) | | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | N° CUENTA: | 4870360940 |

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

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| N° DEL CONTRATO: | PS 1200 2025 | N°. CDP: | 1 | N°. RP: | 5928 | PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: CUATRO ( 4 ) MESES |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 02/01/2025 | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | | 30/04/2025 | | VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 9.091.280 |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | DEL 01/03/2025 AL 31/03/2025 | | | | | |
| VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS) | $ | | | | | 2.438.116 |
| | DOS MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL CIENTO DIECISEIS PESOS M/CTE | | | | | |

Jenny Martinez

YENNY MILEC MARTINEZ MARTINEZ

52445457

CEL: 3212910718

| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud 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 SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION | CÓDIGO: AP-IA-FT-078<br>VERSIÓN: 2 |

| CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y | |
|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA | YENNY MILEC MARTINEZ MARTINEZ |
| NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 52.445.457 |

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

| | |
|---|---|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 1200 2025 | FECHA INICIO CONTRATO | 02/01/2025 |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | $ 9.091.280,00 | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | $ 9.091.280,00 | | | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | $ 2.438.116 |
| N° PAGO / N° DE INFORME: | (3 de 3) | N° CRP INICIAL: | 5928 | N° CDP INICIAL DEL CONTRATO | 1 |
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS | CUATRO (4) MESES | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL: | 9482395345 | OPERADOR: | APORTES EN LINEA |
| PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES: | ENFERMERIA - CONSULTA EXTERNA | | |
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | 2LV HOSPITAL LA VICTORIA | | |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | DIANA ISABEL MORA MORALES REFERENTE CONSULTA EXTERNA | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| N° DE MODIFICACIÓN: | N° ( 0 ) | TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA): | | | | ADICION ( 0) | PRORROGA ( 0) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 ) |
| 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 | XX | |
| 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? | / | XX | |
| 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? | / | XX | |
| 3 | ¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP? | / | XX | |
| 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? | | XX | |
| 5 | ¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro? | / | XX | |

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 ( 1/03/2025) AL (31/03/2025)

| | |
|---|---|
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO: | NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:<br>DIANA ISABEL MORA MORALES<br>CARGO:<br>ENFERMERO COD 243 GRADO 20 |
| | NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:<br>EDISON SANCHEZ QUINTERO<br>PERFIL:<br>ENLACE OPERATIVO- DIRECCION AMBULATORIO |

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 52445457 | | MARTINEZ MARTINEZ JENNY MILEC | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | KR 3 B S N° 38-40 SUR | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 2071647 | 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 | 1327190590 | 9482395345 | I | 2025/03/14 | 2025/03/11 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $469,000 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $227,800 | $0 | $0 | $227,800 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $227,800 | $0 | $0 | $227,800 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $34,700 | $0 | $0 | $34,700 |
| SEGUROS BOLIVAR | 14-7 | 860,002,503 | 2 | 1 | $34,700 | $0 | $0 | $34,700 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $28,500 | $0 | $0 | $28,500 |
| COMPENSAR | CCF24 | 860,066,942 | 7 | 1 | $28,500 | $0 | $0 | $28,500 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $178,000 | $0 | $0 | $178,000 |
| COMPENSAR | EPS008 | 860,066,942 | 7 | 1 | $178,000 | $0 | $0 | $178,000 |
| TOTAL | | | | 1 | $469,000 | $0 | $0 | $469,000 |



2025/03/10 06:51 PM

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 52445457 | | MARTINEZ MARTINEZ JENNY MILEC | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | KR 3 B S N° 38-40 SUR | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 2071647 | No |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Días Mora | Valor |
| 2025-02 | 2025-02 | 1327190590 | 9482395345 | I | 2025/03/14 | 2025/03/11 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $469,000 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| Sucursal: PRINCIPAL (PRINCIPAL) | | | | | | $1,423,500 | $227,800 | | | $1,423,500 | $178,000 | | | $1,423,500 | $28,500 | | | $1,423,500 | $34,700 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | | $1,423,500 | $227,800 | | | $1,423,500 | $178,000 | | | $1,423,500 | $28,500 | | | $1,423,500 | $34,700 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | | $1,423,500 | $227,800 | | | $1,423,500 | $178,000 | | | $1,423,500 | $28,500 | | | $1,423,500 | $34,700 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 52445457 | MARTINEZ YENY | 230301 | 30 | $1,423,500 | $227,800 | EPS008 | 30 | $1,423,500 | $178,000 | CCF24 | 30 | $1,423,500 | $28,500 | 14-7 | 30 | $1,423,500 | $34,700 | 30 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | $1,423,500 | $227,800 | | | $1,423,500 | $178,000 | | | $1,423,500 | $28,500 | | | $1,423,500 | $34,700 | | $0 | $0 |



2025/03/10 06:51 PM