| | | |
|---|---|---|
| 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**

**DEYSI ROMERO LONDOÑO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | 39.559.821 | | | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. | | | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | PS 1205 2025 | **FECHA INICIO CONTRATO** | 02/01/2025 | | |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 17.360.640 | **PLAZO INICIAL DEL CONTRATO** | CUATRO ( 4 ) MESES | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 17.360.640 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 3.945.600 | | |
| **Nº DE INFORME:** | 3 | **Nº CRP:** | 5933 | **Nº CDP:** | 1 |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | CUATRO ( 4 ) MESES | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | 2MI HOSPITAL MATERNO INFANTIL | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | DIANA ISABEL MORA MORALES - ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20 | | | | |

**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 recibio y entrego turno de acuerdo a lo acordado con el Supervisor y de conformidad al objeto misional de la entidad, |
| 2 | Se realiza el plan de cuidado diario de enfermería de acuerdo al diagnóstico y necesidades Identificadas. |
| 3 | Se verifico de las medidas preventivas de eventos adversos e identificando riesgos, garantizando la seguridad del paciente y reportando los eventos adversos que se presenten. |
| 4 | Se administraron los medicamentos oportunamente y verificar el cuidado directo a los pacientes de acuerdo a los protocolos y guías establecidas del servicio utilizando técnicas de asepsia y antisepsia y normas de bioseguridad, e informar al médico tratante y coordinadores la no existencia de medicamentos para realizar reajuste de tratamiento. |
| 5 | Se Apoyo la supervisión de las actividades del personal auxiliar de enfermería y camilleros, observando que se realicen los procedimientos y revisando registros de enfermería. |
| 6 | Se Realizo la actualización del kardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo con las normas establecidas en forma escrita y cada vez que se requiera el cambio del tratamiento del paciente. |
| 7 | Se Controlaron los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio. |
| 8 | Se Realizan las devoluciones de V al servicio de farmacia de los medicamentos e insumos por paciente antes del egreso y diariamente cuando así lo amerite. |
| 9 | Participe en forma activa en la revista médica diaria dando sus aportes según sea el caso. |
| 10 | Se Realiza la asignación de paciente a cada auxiliar de acuerdo al número de pacientes, complejidad y de acuerdo a las necesidades del servicio. |
| 11 | Responder por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos entregados en el servicio. |
| 12 | Se Realiza la asignación oportuna de camas y registro oportuno en el aplicativo Dinámica Gerencial, para los pacientes que los requieran, realizando los traslados necesarios para tal fin de forma oportuna, colaborando con el giro de cama. |
| 13 | Tramitar de forma oportuna exámenes de laboratorio, radiología, exámenes especiales y remisiones que requieran los pacientes a cargo. |
| 14 | Se da cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999 y al manual de manejo de historia clínica de la Subred. |
| 15 | Doy cumplimiento con lo establecido en las normas y protocolos de la institución en cuanto a el uso del uniforme y elementos de protección dentro de las áreas asignadas. |

| | |
|---|---|
| 16 | Se Realiza cumplimiento 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. |
| 17 | Se Porto el carnet institucional de la Subred durante la ejecución de actividades contractuales. |
| 19 | Se hace verificacion y supervisión de protocolo limpieza y desinfección con el personal a cargo y su respectivo registro. |
| 20 | Se cumplen las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio, acorde a las guías y protocolos institucionales en el proceso de atención de enfermería. |
| 21 | Se ejecutan los procedimientos y cuidados a los pacientes que requieren manejo en el programa de clínica de heridas. |
| 22 | Se Supervisan las actividades del personal auxiliar de enfermería mediante supervisión directa e indirecta, observando realización de procedimientos y revisando registros de enfermería. |
| 23 | Se realizar la programación de las actividades del servicio tanto para la atención de los pacientes hospitalizados como de las agendas en pacientes ambulatorios. |
| 24 | Apoyo continuamente las actividades relacionadas con el proceso de acreditación y habilitación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E |
| 25 | cuando se requiere se Coordinar el apoyo técnico multidisciplinario con otras áreas y/o servicios cuando la atención del paciente de consulta externa y hospitalización asi lo amerite. |
| 26 | Participo en la elaboración de protocolos, manuales y guías del servicio cuando se necesita. |
| 28 | Se apoya de en gestión y operación de: BAI, SIVIGILA, IAAS, EEVV, Patologías y Eventos de Alto Costo, seguimiento y monitoreo de Cohortes según grupos de riesgo priorizados en el marco del MAITE. |
| 29 | cuando se Requiera se realiza el diligenciamiento de los RIPS, de conformidad a la normatividad vigente y requerimientos institucionales. |
| 30 | se Realiza la búsqueda activa de usuarios en el servicio de Hospitalización y Ambulatorio con criterio de ingreso al programa que lidera. |
| 31 | Se Realiza los registros en DHG historia clínica de Enfermería. |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | 9482966370 | **OPERADOR:** | APORTES EN LINEA |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | SANITAS | 11/03/2025 | $ 198.200 |
| PENSIÓN: | COLPENSIONES | 11/03/2025 | $ 253.600 |
| RIESGOS LABORALES: | SEGUROS BOLIVAR | 11/03/2025 | $ 38.700 |
| OTRO | | | $ - |
| TOTAL PAGADO | | | $ 490.500 |

**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

DEYSI ROMERO LONDOÑO
C.C: 39559821
3132166721

| | | |
|---|---|---|
| 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:** | DEYSI ROMERO LONDOÑO | **CC:** | 39559821 |
| | | **RUT (NIT):** | |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | deysitamor@gmail.com | **TELÉFONO:** | 3132166721 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | CRA 24 8 16 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** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | 8400719343 |
| **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)**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DEL CONTRATO:** | PS 1205 2025 | **N°. CDP:** | 1 | **N°. RP:** | 5933 | **PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 4 MESES** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **01/01/2025** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | **30/04/2025** | | **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 17360640** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | DEL 01/03/2025 AL 31/03/2025 | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)** | **$** | | | | | **3.945.600** |
| | **TRES MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE** | | | | | |

Deysi Romero Londoño

**DEYSI ROMERO LONDOÑO**
**39559821**
**CEL: 3132166721**

| | | |
|---|---|---|
| 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** | | | **DEYSI ROMERO LONDOÑO** | | |
| **NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | | | **39.559.821** | | |
| **I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | | | | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. | | | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | | **PS 1205 2025** | **FECHA INICIO CONTRATO** | | **2/01/2025** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | | $ | | | 17.360.640,00 |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 17.360.640,00 | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | | $ 3.945.600,00 |
| **N° PAGO / N° DE INFORME:** | (3 de 3) | **N° CRP INICIAL:** | 5933 | **N° CDP INICIAL DEL CONTRATO** | 1 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | CUATRO (4) MESES | | | | |
| **N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:** | | 9482966370 | **OPERADOR:** | | APORTES EN LINEA |
| **PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:** | | ENFERMERIA - CONSULTA EXTERNA | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | | 2MI HOSPITAL MATERNO INFANTIL | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | | DIAÑA 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 ) |

| III. POLIZAS (SI APLICA) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO? | SI | | NO | XX | |
| Nº 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:**
**DIANA ISABEL MORA MORALES**
**CARGO:**
**ENFERMERO COD 243 GRADO 20**

**NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:**
**EDISON SANCHEZ QUINTERO**
**PERFIL:**
**ENLACE OPERATIVO- DIRECCION AMBULATORIO**

ROMERO LONDOÑO DEYSI
NIT: 39559821-3
No somos grandes contribuyentes
Actividad Económica: 4723

Fecha Validación DIAN: 03/11/2025 9:21 AM
Hora Documento: 9:21:27 AM

CUFE: e00c808f9c18e308f77c65a4be7e5ff7c1918633d5eebd3f142e170178171fb38218070c832057af7a66f1a9c4ebff17

SEÑOR(ES): SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO NIT 900959051
DIRECCION: DG 34 5 43 CIUDAD: BOGOTÁ, D.C.
E-MAIL: radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov. TEL: 3444482

FECHA FACTURA 11 03 25
FECHA VENCIMIENTO 10 04 25

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.**
CDR906

| ITEM | CÓDIGO | CANTIDAD | UNID | DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO | VALOR UNITARIO | IVA | | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 102 | 1 | ZZ | PRESTACION DE SERVICIO DE ENFERMERIA - MARZO | 3,945,600 | 0% | 0 | 3,945,600 |

OBSERVACIONES:

| | |
|---|---|
| SUB-TOTAL: | $ 3,945,600 |
| IVA | $ 0 |
| TOTAL | $ 3,945,600 |

Forma de pago: Crédito a 30 dias

Total Items facturados: 1

Vendedor: 0

Recibi conforme:

Esta factura de venta se asimila a la letra de cambio (Art, 774 del codigo de comercio) El siguiente incumplimiento del pago oportuno, causara intereses de mora a la tasa maxima legal autorizada por la ley. Pague esta factura cheque cruzado a favor del primer beneficiario

**Dirección: CR 24 8 16 SUR BOGOTA CUNDINAMARCA 110110 COLOMBIA BOGOTÁ, D.C. - Colombia Teléfono: 3132166721 - 3132166721**

Habilitación Res.Dian No 18764083280852 formalización Fecha 2024-11-13 con vigencia de 6 meses, Rango desde CDR 840 hasta el Nro. CDR 20000

Factura generada a traves del proveedor tecnologico Jaime Torres GIA - Facatdi Nit: 860.502.327-8 Tel. (1) 487 7853 - 487 7830

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 39559821 | | ROMERO LONDOÑO DEYSI | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CRA 24 8 16 SUR | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3132166721 | 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 | 1327928468 | 9482966370 | I | 2025/03/06 | 2025/03/11 | BANCO DAVIVIENDA | 5 | $490,500 |

**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 | vlp | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Tarifa | Aporte | Dias | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,580,000 | $252,800 | | | $1,580,000 | $197,500 | | | $0 | $0 | | | $1,580,000 | | $38,500 | | $0 | $0 | | $488,800 |
| **SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,580,000 | $252,800 | | | $1,580,000 | $197,500 | | | $0 | $0 | | | $1,580,000 | | $38,500 | | $0 | $0 | | $488,800 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,580,000 | $252,800 | | | $1,580,000 | $197,500 | | | $0 | $0 | | | $1,580,000 | | $38,500 | | $0 | $0 | | $488,800 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,580,000 | $252,800 | | | $1,580,000 | $197,500 | | | $0 | $0 | | | $1,580,000 | | $38,500 | | $0 | $0 | | $488,800 |
| 1 | CC | 39559821 | ROMERO DEYSI | | | | | | | | | X | | | | | | | | 25-14 | 30 | $1,580,000 | $252,800 | EPS005 | 30 | $1,580,000 | $197,500 | | 0 | $0 | $0 | 14-7 | 30 | $1,580,000 | 2.436% | $38,500 | 0 | $0 | $0 | No | $488,800 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,580,000 | $252,800 | | | $1,580,000 | $197,500 | | | $0 | $0 | | | $1,580,000 | | $38,500 | | $0 | $0 | | $488,800 |


DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 39559821 | | ROMERO LONDOÑO DEYSI | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CRA 24 8 16 SUR | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3132166721 | 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 | 1327928468 | 9482966370 | I | 2025/03/06 | 2025/03/11 | BANCO DAVIVIENDA | 5 | $490,500 |


**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $252,800 | $800 | $0 | $253,600 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $252,800 | $800 | $0 | $253,600 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $38,500 | $200 | $0 | $38,700 |
| SEGUROS BOLIVAR | 14-7 | 860,002,503 | 2 | 1 | $38,500 | $200 | $0 | $38,700 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $197,500 | $700 | $0 | $198,200 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $197,500 | $700 | $0 | $198,200 |
| TOTAL | | | | 1 | $488,800 | $1,700 | $0 | $490,500 |



2025/03/11 06:10 AM