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

**LAURA DANIELA DUARTE JOYA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | 1.016.091.084 | | | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN PSICOLOGIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR | | | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | PS 4281 2025 | | **FECHA INICIO CONTRATO** | 21/01/2025 | |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 2.665.301 | **PLAZO INICIAL DEL CONTRATO** | DOS (2) MESES DIECINUEVE (19) DIAS | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 17.940.050 | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | | $ 4.036.691 |
| **N° DE INFORME:** | 3 | **N° CRP:** | 9981 | **N° CDP:** | 55 |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | SEIS (6) MESES Y DIEZ (10) DIAS | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO0 05 | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:** | 1 | **TIPO DE MODIFICACIÓN** | **ADICIONES** | 1 | **PRORROGAS** | 1 | |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 15.274.749 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1185 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | TRES MESES (3) Y VEINTIUN (21) DIAS |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **CRP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |

**III. POLIZAS**

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

| ÍTEM | **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 | APLICACIÓN DE TAMIZAJES, ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA, DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PSICOEDUCACION PARA USO DE TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA EN RELACIÓN A ESTRATEGIAS ESTABLECIDAS EN LA FICHA TÉCNICA DE SALUD MENTAL EBEH |
| 2 | REGISTRO DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA CORRESPONDIENTE AL DESARROLLO DE ACTIVIDADES EN APLICATIVO GTAPS DE LAS ATENCIONES REALIZADAS ENTRE EL 01 AL 09 DE . |
| 3 | DESPLAZAMIENTO A LOS DOMICILIOS DE LOS USUARIOS RELACIONADOS EN LAS BASES DE ASIGNACIÓN ENTREGADAS PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES CONTRACTUALES , TENIENDO EN CUENTA LOS FECHAS DE EJECUCIÓN DEL 01 AL 09 DE 2024 |
| 4 | LLEVAR A CABO EL PROCESO DE PRE AUDITORÍA DE LAS ATENCIONES REALIZADAS DEL 01 AL 09 DE 2024. |
| 5 | GENERACIÓN DE LOS PRODUCTOS DEFINIDOS PARA SOPORTAR EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PSICOLOGÍA EN EL MARCO DE LOS LINEAMIENTOS OPERATIVOS EBEH, TENIENDO EN CUENTA LA ESTRATEGIAS PSICÓLOGICAS , DESDE LA CREACIÓN DEL PLAN FAMILIAR. |
| 6 | GENERACIÓN DE FICHAS DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS EN SALUD IDENTIFICADOS EN EL DESARROLLO DE LAS SESIONES DE CADA ESTRATEGIA. |
| 7 | DIVULGACIÓN DE PLAN NAVIDEÑO, CONCIENTIZANDO A LOS USUARIOS SOBRE EL NO USO DE LA POLVORA Y LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES AL INTERIOR DEL HOGAR. |
| 8 | PARTICIPAR EN LA ASISTENCIA TÉCNICA EL 02 //2024, PARA LA PROYECCIÓN OPERATIVA Y ADMINISTRATIVA DE LAS ACCIONES A REALIZAR DESDE EL PERFIL DE PSICOLOGÍA. |
| 9 | GENERAR LA ENTREGAS DE FORMATOS EN FÍSICO LISTADOS DE FIRMAS Y ACTAS Y REVISIÓN DE LOS SOPORTES REALIZADOS DURANTE EL MES |
| 10 | REALIZAR ACTIVACIÓN DE RUTAS PERTINENTEMENTE EN LAS FAMILIAS QUE LO REQUIERAN, DURANTE ESTE PERIODO. |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | 7963911097 | **OPERADOR:** | SOI |

| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
|---|---|---|---|
| **SALUD:** | NUEVA EPS | 10/04/2025 | $ 200.000 |
| **PENSIÓN:** | PROTECCION | 10/04/2025 | $ 256.000 |
| **RIESGOS LABORALES:** | SURA | 10/04/2025 | $ 39.000 |
| **OTRO** | | | |
| | **TOTAL PAGADO** | | **$ 495.000** |

**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 calculó 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 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

L. Daniela Duarte Joya

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LAURA DANIELA DUARTE JOYA**
**CC: 1.016.091.084**
**CEL 3112259275**

**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: 30/04/2025** | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | LAURA DANIELA DUARTE JOYA | **CC:** | 1.016.091.084 |
| | | **RUT (NIT):** | 1.016.091.084 |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | danieladuartesubredco@gmail.com | **TELÉFONO:** | 3112259275 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | CL 63C 118A 65 | **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 | | | | |
| **NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)** | | **TIPO DE CUENTA:** | AHORROS | **Nº CUENTA:** | 0550488440694583 |

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

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº DEL CONTRATO:** | PS 4281 2025 | **Nº CDP:** | 1185 | **Nº. CRP:** | | PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SEIS (6) MESES Y DIEZ (10) DIAS |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | 21/01/2025 | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | 31/07/2025 | | TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 17.940.050 |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | DEL 01/04/2025 AL 30/04/2025 | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)** | $ 4.036.691 | | | | | |
| | CUATRO MILLONES TREINTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS | | | | | |

Ld. Daniela Duarte Joya

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LAURA DANIELA DUARTE JOYA**
**CC: 1.016.091.084**
**CEL: 3112259275**

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**FECHA: 2024-09-16** |

| | |
|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | LAURA DANIELA DUARTE JOYA |
| **NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | 1.016.091.084 |

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

| | |
|---|---|
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN PSICOLOGIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | PS 4281 2025 | | | **FECHA INICIO CONTRATO** | 21/01/2025 |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 2.665.301 | | | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 17.940.050 | | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 4.036.691 |
| **N° PAGO / N° DE INFORME:** | 3 de 3 | **N° CRP INICIAL:** | 9981 | **N° CDP INICIAL DEL CONTRATO** | 55 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | SEIS (6) MESES Y DIEZ (10) DIAS | | | | |
| **N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:** | 7963911097 | | **OPERADOR:** | SOI | |
| **PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:** | CONVENIO MAS BIENESTAR - DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05 | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DE MODIFICACIÓN:** | | **TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):** | | | | | |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 15.274.749 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1185 | **RP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | TRES MESES (3) Y VEINTIUN (21) DIAS |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **RP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |

**III. POLIZAS (SI APLICA)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **N° DE PÓLIZA:** | | **NOMBRE DE LA ASEGURADORA:** | |
| **FECHA DE LA PÓLIZA** | | **ACTO ADMINISTRATIVO DE** | |

**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 01/04/2025 al 30/04/2025

| | |
|---|---|
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:** | NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:<br>LORENZA BECERRA CAMARGO<br>CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05 |
| | NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:<br>LILIANA TELLEZ VALBUENA<br>PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1016091084 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | LAURA DANIELA DUARTE JOYA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CLL 63 C # 118 A 65 | TELÉFONO: | 4653592 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Investigaciones y desarrollo |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7963911097** | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES | | |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | marzo | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | marzo |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2025 | SALUD: | AÑO: | 2025 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2025/04/10 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 1400895904 | | |

**NOVEDADES**

| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

**LIQUIDACIÓN GENERAL**

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8002297390 | 230201 | 230201- PROTECCION | 1 | $ 256.000 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 256.000** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 9001562642 | EPS037 | EPS037-NUEVA EPS | 1 | $ 200.000 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 200.000** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8909037905 | 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | $ 39.000 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 39.000** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 495.000** |
| **VALOR MORA:** | **$ 0** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 495.000** |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1016091084 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | LAURA DANIELA DUARTE JOYA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CLL 63 C # 118 A 65 | TELÉFONO: | 4533562 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | 4-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Investigaciones y desarrollo experimental en el c |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | 7963911097 | | | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | marzo | AÑO 2025 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | marzo | AÑO 2025 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2025/04/10 | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | 1400595904 |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | MORA COTIZACIÓN | MORA FSP | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | 230201- PROTECCION | 1 | $ 256.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 256.000 | $ 0 | $ 256.000 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 256.000 | $ 0 | $ 256.000 |

### TOTAL APORTES A SALUD

| CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR | LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | LICENCIA MATERNIDAD VALOR | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | LIQUIDACIÓN VALOR ADRES | MORA COTIZACIÓN | MORA VALOR ADRES | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS037 | EPS037-NUEVA EPS | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 200.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 200.000 | $ 0 | $ 0 | $ 200.000 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 200.000 | $ 0 | $ 0 | $ 200.000 |

### TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD IRP VALOR | INCAPACIDAD IRP PAGO A OTROS RIESGOS | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 39.000 | $ 39.000 | $ 0 | $ 0 | $ 39.000 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | $ 39.000 | $ 0 | $ 0 | $ 39.000 |

### LIQUIDACION DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | PENSIÓN ADMIN | PENSIÓN DÍAS COT. | PENSIÓN IBC | PENSIÓN COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | SALUD ADMIN | SALUD DÍAS COT. | SALUD IBC | SALUD COTIZACIÓN | SALUD VALOR ADRES | SALUD TOTAL APORTE | ARP ADMIN | ARP DÍAS COT. | ARP IBC | ARP CENTRO DE TRABAJO | ARP TOTAL APORTE | PARAFISCALES DÍAS COT. | PARAFISCALES IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 1016091084 | DUARTE JOYA LAURA DANIELA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.423.500 | | | | NO | | | | | | | | 01-30 | | | | | | | | | 230201-PROTECCION | 30 | $ 1.500.000 | $ 256.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 256.000 | EPS037-NUEVA EPS | 30 | $ 1.500.000 | $ 200.000 | $ 0 | $ 200.000 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.500.000 | 101609108 | $ 39.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 495.000**

Planilla Pagada

DAVIVIENDA

**Pago PSE**

# Resultado de su transacción

**Código único CUS**
1400895904

**Destino de pago**
SOI ACH

**Motivo**
Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales

**Fecha**
09/04/2025

**Número de aprobación**
00895904

**Dirección IP**
152.203.207.126

**Valor transacción**
$ 495.000,00

**Costo de la transacción**
$ 0,00 IVA incluido

| Referencia 1 | Referencia 2 | Referencia 3 |
|---|---|---|
| 10.80.25.153 | CC | 1016091084 |

Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017