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**
**APOYO – GESTION 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**

**JUAN MANUEL FLOREZ VALENCIA**

| | |
|---|---|
| **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | 18.616.366 |

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO CIRUJANO GENERAL 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 1701 2025** | | ***FECHA INICIO CONTRATO*** | | ***02/01/2025*** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTR** | **$ 75.229.440** | **PLAZO INICIAL DEL CONTRATO** | TRES ( 3 ) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | **$ 135.925.920** | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | | **$ 23.081.760** |
| **N° DE INFORME:** | 4 DE 4 | **N° CRP:** | 6317 | **N° CDP:** | 1 |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | CINCO ( 5 ) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | HOSPITAL SAN BLAS | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | SAUL ARDILA DURAN - MEDICO ESPECIALISTA CODIGO 232 GRADO 032 | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:** | **1** | **TIPO DE MODIFICACIÓN** | **ADICIÓNES** | **1** | **PRORROGAS** | **1** | |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 60.696.480 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **CRP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | DOS (2) MESES |
| **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** | |
| **N° DE PÓLIZA:** | NA | **NOMBRE DE LA ASEGURADORA:** | | NA | |
| **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 (Deben ser coherentes con las obligaciones especificas del contrato realizadas durante el mes)** |
|---|---|
| 1 | Realice las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo de la especialidad de Cirugía general: Estudiar, diagnosticar y tratar patologías que requieren intervención quirúrgica (aparato digestivo, pared abdominal, piel y tejidos blandos, sistema endocrino) del paciente adulto, con un alto nivel científico, ético y humano, de una manera oportuna y pertinente, en correspondencia con las necesidades de los pacientes, y teniendo en cuenta que todas las decisiones clínicas generadas en la atención médica procurarán el mejoramiento de la salud del paciente |
| 2 | Brindó una atención en salud buscando los mejores estándares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada, cumpliendo el principio de equidad y con énfasis en actividades, procedimientos, protocolos, intervenciones y guías de atención, de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación. |
| 3 | Prestó sus servicios asistenciales respetando la autonomía institucionnl de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales |
| 4 | Realizó las actividades según las necesidades de la subred dando cubertura en todas las unidades en donde se ofertó el servicio |
| 5 | Informó al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, y resolvió inquietudes relacionadas con el proceso de atención. |
| 6 | Llevó registro de las actividades, procedimientos e intervenciones, así como mantuvo actualizados los informes estadísticos definidos por la institución y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación. |
| 7 | Respetó los derechos del paciente, cumplió el código de ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se prestó la atención |
| 8 | Emitó conceptos médicos que se le requirieron, realizó resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que se solicitaron. |
| 9 | Diligencie en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema), los formatos, la historias clínicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoria y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con la firma. |
| 10 | Garantizó la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos |
| 11 | Utilice de manera adecuada los equipos, elementos e instalaciones y los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposición o reparación cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada mnnipulación de los mismos |
| 12 | Garantizó la integridad y adecuado funcionamiento de los equipos, elementos e instalaciones, así como la utilización racional de los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas . |
| 13 | como contratista respondi por la seguridad de los equipos que se encuentren bajo su custodia |
| 14 | Apoye la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio. |
| 15 | Partícipó activamente en el desarrollo, implementación y cumplimiento de las políticas institucionales, sistema integrado de gestión, acreditación, seguridad del paciente y demás actividades enmarcadas dentro del sistema obligatorio de garantía de la calidad. |

| | |
|---|---|
| 16 | participó en la programación de actividades del servicio. |
| 17 | Participó en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio |
| 18 | Apoyó a la Entidad en las actividades que se realizaron según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales |
| 19 | Participó en la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presentaron en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio |
| 20 | Porte el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales. |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | **9484547075** | **OPERADOR:** | **APORTES EN LINEA** |
| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
| **SALUD:** | **SURA** | **10/04/2025** | **$ 1.154.100** |
| **PENSIÓN:** | **PROTECCION** | **10/04/2025** | **$ 1.569.700** |
| **RIESGOS LABORALES:** | **SEGUROS BOLIVAR** | **10/04/2025** | **$ 225.000** |
| **OTRO** | | | |
| | | **TOTAL PAGADO** | **$ 2.948.800** |

**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 scoop 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

**JUAN MANUEL FLOREZ VALENCIA**
**CC: 18.616.366**
**CEL.: 3138847959**

| 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 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: (30/04/2025)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | JUAN MANUEL FLOREZ VALENCIA | **CC:** | 18616366 |
| | | **RUT (NIT):** | |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | JMANUELFVALENCIA@GMAIL.COM | **TELÉFONO:** | 3138847959 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | CL 23 66 39 TO 3 AP 501 | **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

| | | |
|---|---|---|
| **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 ( ) | 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:** | **0055 7036 9586** |

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

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DEL CONTRATO:** | **PS 1701 2025** | **N° CDP:** | | **N°. RP:** | | **PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :** |
| | | | | | | **CINCO ( 5 ) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **2/1/2025** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | **30/6/2025** | | **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** |
| | | | | | | **$ 135.925.920** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 01/04/2025 AL 30/04/2025** | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)** | **$ 23.081.760**<br>**VEINTITRÉS MILLONES OCHENTA Y UN MIL SETECIENTOS SESENTA PESOS MCTE** | | | | | |



**JUAN MANUEL FLOREZ VALENCIA**
**18616366**
**3138847959**

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**
**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** | **JUAN MANUEL FLOREZ VALENCIA** |
| **NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | **18.616.366** |

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

| | |
|---|---|
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO CIRUJANO GENERAL 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 1701 2025** | | | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2/01/2025** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ | | | | 75.229.440 |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 135.925.920 | | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | **$ 23.081.760** |
| **N° PAGO / N° DE INFORME:** | 4 DE 4 | **N° CRP INICIAL:** | 6317 | **N° CDP INICIAL DEL CONTRATO** | 1 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | CINCO ( 5 ) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:** | 9484547075 | **OPERADOR:** | APORTES EN LINEA |
| **PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:** | GESTION HOSPITALARIA | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | HOSPITAL SAN BLAS | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | SAUL ARDILA DURÁN - MEDICO ESPECIALISTA CODIGO 232 GRADO 032 | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DE MODIFICACIÓN:** | 1 | **TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):** | | | | 1 | |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 60.696.480 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **RP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | DOS (2) MESES |
| **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)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?** | **SI** | | **NO** | X | |
| **N° DE PÓLIZA:** | NA | **NOMBRE DE LA ASEGURADORA:** | | NA | |
| **FECHA DE LA PÓLIZA** | DD/MM/AAAA | **ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:** | | XX | |

**IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS**

***SE VERIFICA QUE OUE 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 cargué 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>**SAUL ARDILA DURAN**<br>**PERFIL:**<br>**MEDICO ESPECIALISTA CODIGO 232 GRADO 030**<br><br>**NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR HOSPITALARIO:**<br>**YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ**<br>**CARGO:**<br>**DIRECTORA TÉCNICA CODIGO 009 GRADO 05** |

## JUAN MANUEL FLOREZ VALENCIA

**NIT: 18616366-0**
Régimen: No responsable de IVA
Tipo de persona: Natural
CL 23 66 39 IN 3 AP 501, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia
Tel. 3881418

**JUAN MANUEL**

**FLOREZ VALENCIA**

**Autorización facturación electrónica No. 18764087936997 válida desde 2025-01-29 hasta 2025-07-29 rango desde ELEC138 hasta ELEC300**

| | |
|---|---|
| NIT: | **900959051** |
| Razón Social: | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.** |
| Dirección: | **Diagonal 34 Nº 5 - 43, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia** |
| Teléfono: | **3282828** |
| Email: | **radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.c** |

| | |
|---|---|
| No. de Factura | **ELEC150** |
| Fecha Emisión | **10/04/2025 08:19:47-05:00** |
| Fecha Vencimiento | |
| Moneda | **COP Colombia, Pesos** |
| Forma de Pago: | **Contado** |
| Medio de Pago: | **Consignación bancaria** |
| Total de Líneas: | **1** |

| | Código | Descripción | UoM | Cantidad | Precio de | Impuestos | | | Descuento | Valor total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | Nombre | Tasa | Importe | | |
| 1 | 001 | HONORARIOS MEDICOS<br>270 HORAS DURANTE EL MES DE ABRIL DE<br>2025 COMO CIRUJANO GENERAL EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE. | WSD | 1,00 | $23.081.760,00 | | | | 0,00 | $23.081.760,00 |

| | |
|---|---|
| Subtotal: | $23.081.760,00 |
| Cargos: | $0,00 |
| Descuento: | $0,00 |
| Total: | $23.081.760,00 |

| | |
|---|---|
| CUFE: | 6395948893fde6acaf58633d46e7a88e536becd61e0dd554d4cf8b8ee94734a31ace15ab6adc2dfdef44678f9aa1b817 |
| Total con letra: | (veintitres millones ochenta y un mil setecientos sesenta pesos ) |

**Firma Digital:** jHZOnQkr5op8JW7YP/i70SQ6eis5UXmSyLDKxL7D4C/oRHfWNJE2/R+zdzmXAvs6
EB9CDox3hzpCqLJEFRA+nb0d9FL/ePN/+bxrxhUP3jc3A4pqYN
UL1hQb3OUqvn65 WUMEmvzn1UNY/MYIQBMLn1tLAYdOT3Hlic98/v0BWtONncEvTkc7VUU04LZVyzmu EqUKlhEHHUPm3RhmvO7eZIPMpyp9HVJ16f7
q630ZSnsqnioZQgYpLs3EF+vpPqnt JLm5gCvd/+wM0er3wVh2olXfmXdWWbTe9r7/hMJnhin+kjKYUF0VM+Pl/PzDdlnR LxZXD8WcnEoQuoLsIxOw
Iw==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

**Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.**

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 18616366 | | FLOREZ VALENCIA JUAN MANUEL | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Calle 23 # 66-39 Int 3 Apto 501 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3881418 | SI |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-03 | 2025-03 | 1401312324 | 9484547075 | I | 2025/04/15 | 2025/04/10 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $2,948,800 |

**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 |
| 1 | CC | 18616366 | FLOREZ VALENCIA JUAN MANUEL | 230201 | 30 | $9,232,704 | $1,569,700 | EPS010 | 30 | $9,232,704 | $1,154,100 | | 0 | $0 | $0 | 14-7 | 30 | $9,232,704 | $225,000 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | $9,232,704 | $1,569,700 | | | $9,232,704 | $1,154,100 | | | $0 | $0 | | | $9,232,704 | $225,000 | | $0 | $0 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $1,569,700 | $0 | $0 | $1,569,700 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 1 | $1,569,700 | $0 | $0 | $1,569,700 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $225,000 | $0 | $0 | $225,000 |
| SEGUROS BOLIVAR | 14-7 | 860,002,503 | 2 | 1 | $225,000 | $0 | $0 | $225,000 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $1,154,100 | $0 | $0 | $1,154,100 |
| EPS SURA (ANTES SUSALUD) | EPS010 | 800,088,702 | 2 | 1 | $1,154,100 | $0 | $0 | $1,154,100 |
| TOTAL | | | | 1 | $2,948,800 | $0 | $0 | $2,948,800 |



2025/04/10 08:16 AM