	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

BRISETT DAYAN RODRIGUEZ DIAZ

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1,010,186,868				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN ENFERMERIA ESPECIALIZADO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3601 2025		**FECHA INICIO CONTRATO**	02/01/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 31,369,056	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	SEIS (6) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 31,369,056		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 1,868,694
N° DE INFORME:	4	**N° CRP:**	7389	**N° CDP:**	5
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	SEIS MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2LV HOSPITAL LA VICTORIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	0	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	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:**	
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:	N/A		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A		**FECHA DE APROBACIÓN:**		N/A

ÍTEM	**IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO** **(Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)**
1	1. OBLIGACIÓN: Prestar sus servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se desarrollan actividades en el producto 18 planes de cuidado en instituciones de persona mayor, cumpliendo con las tematicas requeridas segun lienamiento operativo. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos de sesiones colectivas y relatorias
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza cronograma segun actividades del producto 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Cronograma dispuesto en el Drive
3	1. OBLIGACIÓN: Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes que se solicite conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza las actividades segun los lineamientos técnicos del convenio en el producto de planes de cuidado en adulto mayor, realizando 25 sesiones en las diferentes instituciones priorizadas desde SDS CENTRO DIA CENTRO TRANSITORIO COMUNIDAD DEL CUIDADO IPM 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos de sesiones colectivas y relatorias

4	1. OBLIGACIÓN: Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza las actividades segun los lineamientos técnicos del convenio en el producto de planes de cuidado en adulto mayor, realizando 25 sesiones en las diferentes instituciones priorizadas desde SDS CENTRO DIA CENTRO TRANSITORIO COMUNIDAD DEL CUIDADO IPM 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos de sesiones colectivas y relatorias
5	1. OBLIGACIÓN: Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad de datos (integridad, oportunidad, consistencias, exactitud) desde su perfil profesional y conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza las actividades segun los lineamientos técnicos del convenio en el producto de planes de cuidado en adulto mayor, realizando 25 sesiones en las diferentes instituciones priorizadas desde SDS CENTRO DIA CENTRO TRANSITORIO COMUNIDAD DEL CUIDADO IPM 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos de sesiones colectivas y relatorias
6	1. OBLIGACIÓN: Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza lectura del producto con el fin de reconocer las acciones a desarrollar durante las actividades propias del producto 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Apropiación conceptual
7	1. OBLIGACIÓN: Desarrollar procesos de asistencia técnica desde los diferentes procesos del Plan de Intervenciones Colectivas conforme a su saber disciplinar y profesional, en función de los requerimientos de los entornos y procesos transversales. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Durante el periodo del 17/03/2025 al 31/03/2025, no se asistio a asistencias técnicas propias del producto. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): No aplica
8	1. OBLIGACIÓN: Realizar el seguimiento en campo y verificación de productos, metas o actividades de los equipos de la línea de intervención, subsistema, proyecto y/o estrategia del proceso transversal o entorno asignado. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Actividad no aplica para el producto. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): No aplica
9	1. OBLIGACIÓN: Realizar revisión y responder por los formatos de captura, documentos, bases o informes generados como resultado de las acciones o intervenciones realizadas en cumplimiento a los anexos a los lineamientos técnicos del convenio Interadministrativo PSPIC. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza entrega de productos para digitacion or GESI 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Carpeta de entrega
10	1. OBLIGACIÓN: Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: No se notifico durante el periodo 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): No aplica
11	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza organizacion de las acciones en carpetas segun directriz gestion documental. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Carpetas propias del producto
12	1. OBLIGACIÓN: Dar cumplimiento a las actividades de los procesos TRANSVERSALES del PSPIC, de acuerdo a su competencia: CANALIZACIONES, PAI, Educación para la Salud Publica, GESI, ACCVSyE, Notificación de EISP y Participación Social. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: No se realizo actividad durante el periodo. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): No aplica
13	1. OBLIGACIÓN: El contratista se obliga a que las glosas que se generen por incumplimiento de las obligaciones contractuales y de acuerdo a los hallazgos que identifique el equipo de seguimiento y/o interventoria del FFDS_SDS al Convenio Interadministrativo PSPIC (conforme al anexo de CRITERIOS DE GLOSA), serán causal de inicio de apertura de procedimiento administrativo sancionatorio de incumplimiento contractual. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizan actividades con calidad, pertinencia técnica y coherencia para evitar glosas en las acciones. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): No aplica
14	1. OBLIGACIÓN: Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizaron as actividades conforme lo requerido 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): No aplica

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9482498453	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	SURA	10/03/2025	$ 261,500
PENSIÓN:	PORVENIR	10/03/2025	$ 334,700
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	10/03/2025	$ 51,000
OTRO	CCF COMPENSAR	10/03/2025	$ 12,600
	TOTAL PAGADO		$ **659,800**

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 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 período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: BRISETT DAYAN RODRIGUEZ DIAZ
CC: 1,010,186,868
CEL 3204750107

	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:	BRISETT DAYAN RODRIGUEZ DIAZ	CC:	1,010,186,868
		RUT (NIT):	1010186868-1
CORREO ELECTRÓNICO:	brisetd1610@gmail.com	TELÉFONO:	3204750107
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 41 B 3 A 25	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 DE BOGOTÁ	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	58297813
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 3601 2025	N° CDP:	5	N°. RP:	7389	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SEIS MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	02/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/06/2025			TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 31,369,056
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/03/2025 AL 31/03/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 1,868,694					
	UN MILLÓN OCHOCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS					



NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: BRISETT DAYAN RODRIGUEZ DIAZ

CC: **1,010,186,868**

CEL: **3204750107**

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	BRISETT DAYAN RODRIGUEZ DIAZ
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1,010,186,868

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN ENFERMERIA ESPECIALIZADO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3601 2025		**FECHA INICIO CONTRATO**		02/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 31,369,056				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 31,369,056		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 1,868,694
N° PAGO / N° DE INFORME:	4 de 4	**N° CRP INICIAL:**	7389	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	5
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS MESES				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9482498453		**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GSP PSPIC - INSTITUCIONAL				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2LV HOSPITAL LA VICTORIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

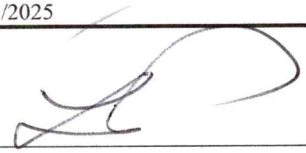
N° DE MODIFICACIÓN:	0	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICIÓN (0)	PRÓRROGA (0)
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE 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:**	
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)

N° DE PÓLIZA:	N/A	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**	N/A

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 01/03/2025 al 31/03/2025

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	 NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA PERFIL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30  NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ PERFIL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE GESTION

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1010186868		RODRIGUEZ DIAZ BRISETT DAYAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 41 B # 3 A - 25	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7391488	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	1000001300	9482498453	I	2025/03/17	2025/03/10	BANCO DE BOGOTA	0	$659,800

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	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
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$2,091,270	$334,700			$2,091,270	$261,500			$2,091,270	$12,600			$2,091,270		$51,000		$0	$0		$659,800
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$2,091,270	$334,700			$2,091,270	$261,500			$2,091,270	$12,600			$2,091,270		$51,000		$0	$0		$659,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																					$2,091,270	$334,700			$2,091,270	$261,500			$2,091,270	$12,600			$2,091,270		$51,000		$0	$0		$659,800
1	CC	1010186868 RODRIGUEZ BRISETT																		230301	30	$2,091,270	$334,700	EPS010	30	$2,091,270	$261,500	CCF24	30	$2,091,270	$12,600	14-23	30	$2,091,270	2.436%	$51,000	30	$0	$0	No	$659,800
Total Afiliados(1)																					$2,091,270	$334,700			$2,091,270	$261,500			$2,091,270	$12,600			$2,091,270		$51,000		$0	$0		$659,800

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1010186868		RODRIGUEZ DIAZ BRISETT DAYAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 41 B # 3 A - 25	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7391488	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

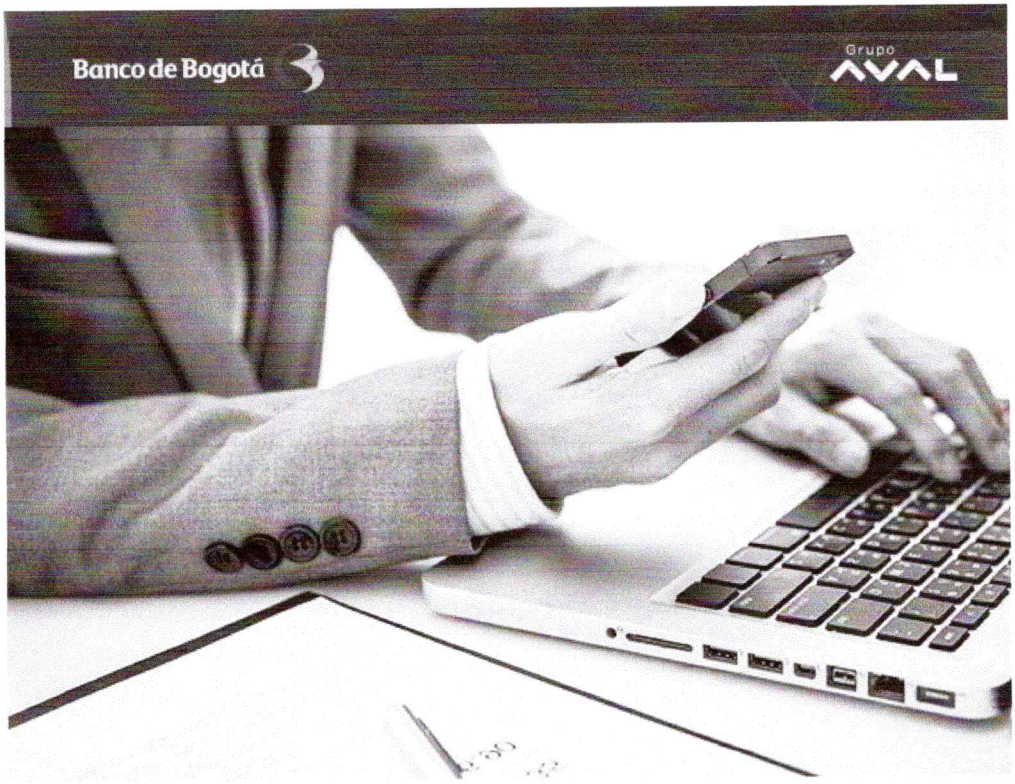
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1000001300	9482498453	I	2025/03/17	2025/03/10	BANCO DE BOGOTA	0	$659,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$334,700	$0	$0	$334,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$334,700	$0	$0	$334,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$51,000	$0	$0	$51,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$51,000	$0	$0	$51,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$12,600	$0	$0	$12,600
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$12,600	$0	$0	$12,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$261,500	$0	$0	$261,500
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$261,500	$0	$0	$261,500
TOTAL				1	$659,800	$0	$0	$659,800

De: NotificacionesBDB@bancodebogota.net
Asunto: Comprobante de Pago Banco de Bogotá
Fecha: mar. 10, 2025, 10:12:15 a.m.
Para: BRISETD@hotmail.com

Este correo electrónico es promocional e informativo. Para asegurar la entrega de este mensaje no olvides agregar notificaciones@bancodebogota.net.co a tu lista de contactos. Recomendamos no responder a este correo, si deseas contactarnos, comunícate con la Servilínea de tu ciudad.



A continuación encontrará el detalle del

PAGO DE OBLIGACIÓN FINANCIERA

que fue realizado a través de Banca Móvil Banco de Bogotá.

- **Número de Autorización:** 003557
- **Fecha y Hora:** 2025-03-10 10:12:11
- **Cuenta Origen de Fondos:** Cuenta de Ahorros No. 7813

Cuenta Origen de Fondos: Cuenta de Ahorros No. 7510

- **Banco:** Banco de Bogotá
- **Nombre de obligación:** Planilla As Aportes En Linea
- **Número de Obligación:** 9482498453
- **Monto:** $ 659.800,00
- **Resultado:** Exitoso
- **Costo de la transacción (Sin IVA):** $ 0,00
- **Canal:** Banca Movil - Smartphones
- **IP de Origen:** 191.156.248.246

Sabemos que le gusta ahorrar tiempo, por esto lo invitamos a seguir usando nuestros **Canales Electrónicos**, que le brindan seguridad y agilidad para que realice todas sus transacciones.

Si no deseas recibir más esta información comunícate con nuestra Servilínea en Bogotá 382 00 00 o a la Servilínea de tu ciudad.

Banco de Bogotá © 2018 - Todos los derechos reservados

Por tu seguridad recuerda:

Nunca te solicitaremos datos financieros como usuarios, claves, números de tarjetas de crédito, código de seguridad ni fechas de vencimiento, mediante vínculos de correo electrónico y mensajes de texto. Ten cuidado con esta información aún cuando el correo parezca ser enviado por el banco. Cualquier e-mail sospechoso que te pida diligenciar datos o contraseñas, por favor repórtalo a nuestra Servilínea y haz caso omiso a la solicitud.