| | | |
|---|---|---|
| | **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** | | | | | |
| **ANGELA MARIA MORA** | | | | | |
| **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | 1,019,119,932 | | | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN PSICOLOGIA 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 4086 2025 | | **FECHA INICIO CONTRATO** | 02/01/2025 | |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 27,678,384 | **PLAZO INICIAL DEL CONTRATO** | SEIS (6) MESES | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 28,572,396 | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 150,622 | |
| **N° DE INFORME:** | 4 | **N° CRP:** | 7452 | **N° CDP:** | 5 |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | SEIS MESES | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | 6BH CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | MARIA CRISTINA DUARTE GARZON<br>PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 29 | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:** | 1 | **TIPO DE MODIFICACIÓN** | **ADICIONES** | 1 | **PRORROGAS** | 0 | |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 894,012 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1147 | **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**<br>**(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<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Por valor retroactivo conforme al convenio PIC 4176 – 2024 del 1 de marzo de 2025 al 31 de marzo de 2025 discriminado por mes así:<br>Marzo: $150.622<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): |
| 2 | 1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS:<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): |

| | |
|---|---|
| **3** | 1. OBLIGACIÓN: Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes que se solicite nforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS:<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): |
| **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.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS:<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): |
| **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 experiencia en programas y planes de salud pública conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio Interadministrativo PSPIC.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS:<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): |
| **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.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS:<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): |
| **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.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS:<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): |
| **8** | 1. OBLIGACIÓN: Realizar las intervenciones epidemiológicas de campo, y demás actividades requeridas en los lineamientos técnicos del convenio Interadministrativo PSPIC.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS:<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): |
| **9** | 1. OBLIGACIÓN: Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS:<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): |
| **10** | 1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS:<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): |
| **11** | 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.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS:<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): |
| **12** | 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 interventoría 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.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS:<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): |
| **13** | 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.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS:<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): |

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

| **No. DE PLANILLA:** | 9484506964 | **OPERADOR:** | APORTES EN LINEA |
|---|---|---|---|

| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
|---|---|---|---|
| **SALUD:** | CAPITAL SALUD | 09/04/2025 | $ 233,200 |
| **PENSIÓN:** | COLFONDOS | 09/04/2025 | $ 298,500 |
| **RIESGOS LABORALES:** | SURA | 09/04/2025 | $ 45,500 |
| **OTRO** | | | |
| | **TOTAL PAGADO** | | **$ 577,200** |

**VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA**

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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

Angela Maria Mora

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ANGELA MARIA MORA**
**CC: 1,019,119,932**
**CEL 3228564744**

| | | |
|---|---|---|
| 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:** | ANGELA MARIA MORA | **CC:** | 1.019.119.932 |
| | | **RUT (NIT):** | 1019119932 - 2 |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | moraangelamaria6@gmail.com | **TELÉFONO:** | 3228564744 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | KR 110 A 132 C 50 | **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:** | BANCOLOMBIA | | | | |
| **NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)** | | **TIPO DE CUENTA:** | AHORROS | **N° CUENTA:** | 54700002110 |

| **NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DEL CONTRATO:** | PS 4086 2025 | **N° CDP:** | 5 - 1147 | **N°. RP:** | 7452 - | 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:<br>$ 28.572.396 |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | DEL 01/03/2025 AL 31/03/2025 | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)** | $ 150.622 | | | | | |
| | CIENTO CINCUENTA MIL SEISCIENTOS VEINTIDÓS PESOS | | | | | |

Angela Maria Mora

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ANGELA MARIA MORA**

**CC:** **1.019.119.932**

**CEL:** **3228564744**

| | | |
|---|---|---|
| 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** | ANGELA MARIA MORA |
| **NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | 1.019.119.932 |

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

| | |
|---|---|
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN PSICOLOGIA 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 4086 2025 | | | **FECHA INICIO CONTRATO** | 02/01/2025 |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 27.678.384 | | | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 28.572.396 | | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 150.622 |
| **N° PAGO / N° DE INFORME:** | 4 de 4 | **N° CRP INICIAL:** | 7452 | **N° CDP INICIAL DEL CONTRATO** | 5 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | SEIS MESES | | | | |
| **N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:** | 9484506964 | | | **OPERADOR:** | APORTES EN LINEA |
| **PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:** | GSP PSPIC - VSP | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | 6BH CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | MARIA CRISTINA DUARTE GARZON<br>PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 29 | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| **N° DE MODIFICACIÓN:** | 1 | **TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):** | | | | ADICIÓN (1) | PRÓRROGA (0) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **VALOR ADICIONADO** | $ 894.012 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1147 | **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 DEL SUPERVISOR:<br>MARIA CRISTINA DUARTE GARZON<br>CARGO:<br>PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 29 |
| | NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:<br>ANA MILENA ORREGO VEGA<br>PERFIL:<br>PROFESIONAL ESPECIALIZADO 3 |

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 1019119932 | | MORA ANGELA MARIA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CARRERA 110A #132C- 50 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3228564744 | No |

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 | 1400146880 | 9484506964 | I | 2025/04/08 | 2025/04/09 | BANCOLOMBIA | 1 | $577,700 |

**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 (1 Afiliados) | | | | | $1,865,283 | $298,500 | | | $1,865,283 | $233,200 | | | $0 | $0 | | | $1,865,283 | $45,500 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | **$1,865,283** | **$298,500** | | | **$1,865,283** | **$233,200** | | | **$0** | **$0** | | | **$1,865,283** | **$45,500** | | **$0** | **$0** |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | **$1,865,283** | **$298,500** | | | **$1,865,283** | **$233,200** | | | **$0** | **$0** | | | **$1,865,283** | **$45,500** | | **$0** | **$0** |
| 1 | CC | 1019119932 | MORA ANGELA | 231001 | 30 | $1,865,283 | $298,500 | EPSC34 | 30 | $1,865,283 | $233,200 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $1,865,283 | $45,500 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | **$1,865,283** | **$298,500** | | | **$1,865,283** | **$233,200** | | | **$0** | **$0** | | | **$1,865,283** | **$45,500** | | **$0** | **$0** |



2025/04/09 04:07 PM

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 1019119932 | | MORA ANGELA MARIA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CARRERA 110A #132C- 50 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3228564744 | No |

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 | 1400146880 | 9484506964 | I | 2025/04/08 | 2025/04/09 | BANCOLOMBIA | 1 | $577,700 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $298,500 | $200 | $0 | $298,700 |
| COLFONDOS | 231001 | 800,227,940 | 6 | 1 | $298,500 | $200 | $0 | $298,700 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $45,500 | $100 | $0 | $45,600 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $45,500 | $100 | $0 | $45,600 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $233,200 | $200 | $0 | $233,400 |
| CAPITAL SALUD | EPSC34 | 900,298,372 | 9 | 1 | $233,200 | $200 | $0 | $233,400 |
| TOTAL | | | | 1 | $577,200 | $500 | $0 | $577,700 |



2025/04/09 04:07 PM

Gmail

Angela Maria Mora <moraangelamaria6@gmail.com>

## PSE Transacción Aprobada - CUS 1400146880

1 mensaje

**serviciopse@achcolombia.com.co** <serviciopse@achcolombia.com.co> 9 de abril de 2025, 16:08
Para: moraangelamaria6@gmail.com




# ¡Hola, Angela Maria Mora!

**Gracias por utilizar los servicios de BANCOLOMBIA y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:**

Estado de la Transacción: **Aprobada**
CUS: 1400146880
Empresa: APORTES EN LINEA
Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9484506964
Valor de la Transacción: $ 577.700
Fecha de Transacción: 09/04/2025

Ten en cuenta estos tips de seguridad

- Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.
- Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.