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

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**	VEINTE (20) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 27.500.370		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 95.328
N° DE INFORME:	4	**N° CRP:**	9981	**N° CDP:**	55
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES Y ONCE (11) 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	$ 9.560.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	358	**CRP DE LA ADICIÓN:**	9981	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 15.274.749	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1185	**CRP DE LA ADICIÓN:**	9981	**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES MESES (3) Y VEINTIUN (21) DIAS

III. POLIZAS

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

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)

ÍTEM	
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 período correspondiente

L. Daniela Duarte J.

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: 31/05/2025			
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	**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**N° CUENTA:**	0550488440694583
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 4281 2025	**N° CDP:**	1185	**N°. CRP:**	9981	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: CUATRO (4) MESES Y ONCE (11) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	21/01/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		31/07/2025		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 27.500.370
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/04/2025		AL 30/04/2025			
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 95.328					
	NOVENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS VEINTIOCHO PESOS					

L. Daniela Duarte J.

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 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	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:	$ 27.500.370			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 95.328
N° PAGO / N° DE INFORME:	4 de 4	**N° CRP INICIAL:**	9981	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	55
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES Y ONCE (11) 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:	**1**	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				**ADICIÓN (1)**	**PRÓRROGA (1)**
VALOR ADICIONADO	$ 9.560.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	358	**CRP DE LA ADICIÓN:**	9981	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 15.274.749	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1185	**CRP DE LA ADICIÓN:**	9981	**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES MESES (3) Y VEINTIUN (21) DIAS

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:
LORENZA BECERRA CAMARGO
CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
LILIANA TELLEZ VALBUENA
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
							X									

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 O RAZON 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 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:	1400895904

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	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

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	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

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	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**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																				SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES							
																														PENSIÓN								SALUD						ARP													
N°	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	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	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	$ 1.600.000	$ 256.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 256.000	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.600.000	$ 200.000	$ 0	$ 200.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.600.000	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

VIGILADO Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017.