	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

MONICA ASTRID GALEANO SALAMANCA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	52,988,682				
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 3618 2025		**FECHA INICIO CONTRATO**	01/01/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 23,988,816	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	SEIS (6) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 24,763,655		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 4,127,120
N° DE INFORME:	7	**N° CRP:**	5369	**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:	1	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	1	**PRORROGAS**	0	
VALOR ADICIONADO	$ 774,839	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1147	**CRP DE LA ADICIÓN:**	14087	**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: Desarrollo de acciones en el Entorno Cuidador Institucional de acuerdo a los lineamientos establecidos por la secretaria de salud y cumplimiento de los direccionamientos establecidos desde del supervisor del contrato 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soportes en carpetas de gestion documental: Actas, formatos y registro de bases en formato drive.
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Diligenciamiento del cronograma del mes de junio en el que se consignan las actividades programadas durante el mes siguiente acordes a las acciones establecidas en el lineamiento. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soporte en medio magnetico: plan operativo cronograma mensual
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: Presentación de productos acorde a la meta establecida y con la calidad de datos, oportunidad y consistencia conforme a las anexos del lineamiento . Durante el mes se realizaron acciones promocionales y acciones de alta externalidad dando asi continuidad a los planes de cuidado instituciones de cada una de las instituciones 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soportes en carpetas de gestión documental, actas, formatos y registros de bases en formato Drive, soportes magnético del plano operativo y cronograma mensual

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: Apoyo en las actividades programadas y definidas en el objeto del contrato y lineamiento del producto 15, para el mejoramiento continuo y actividades de apoyo que no se encuentran inmersas en este, pero son inherentes a el. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Participación en actualización de novedades de lineamiento realizadas desde la sds y ejecución estratégica táctica del entorno
5	1. OBLIGACIÓN: Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad del dato requerida (oportunidad, consistencia, 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 cumplió la meta establecida 56 sesiones mediante el acompañamiento y seguimiento en hogares de paso para habitantes de calle, Unidades de protección integral, centro carcelario y penitenciario, Casa de igualdad de oportunidades para las mujeres, unidades de protección del ICBF y centros proteger, segun SDIS acorde a requerimiento de Secretaria de Salud y según lineamiento. Se diligencia base de registro de seguimientos casos prioritarios, base de canalizaciones, tablero de control, base de indicadores, tablero proyectos de inversion y se diligenciaron formatos como actas de reunion, relatorias, sesiones colectivas, planes de cuidado institucional, formatos de caracterizacion, acorde a los resultados de las acciones realizadas. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas de apropiación de lineamientos listados
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 y apropiación de lineamientos, caja de herramientas y ficha técnica, acorde a la vigencia activa actualmente durante este periodo constantemente. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas y listados de sistencia
7	1. OBLIGACIÓN: Realizar revisión y responder por los formatos de captura, documentos, bases o informes generados como resultado de las acciones o intervenciones realizadas de acuerdo a los lineamientos técnicos de los entornos y procesos transversales del convenio Interadministrativo PSPIC. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Diligenciamiento de base de canalizaciones, tablero de control, base de indicadores, tablero proyectos de inversion y se diligenciaron formatos como actas de reunion, relatorias, sesiones colectivas, planes de cuidado institucional, formatos de caracterizacion e informe trimestral , y los requeridos de acuerdo a los resultados de las acciones realizadas. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soportes en carpetas de gestion documental: formatos caracterización , formato de sesion colectiva, plan de cuidado institucional y formatos de actas. Base mensual de indicadores, tablero de control, tablero proyectos de inversion, base de canalizaciones, base de seguimiento casos prioritarios.
8	1. OBLIGACIÓN: Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizaron las activaciones de ruta en salud de acuerdo a la identificacion de eventos y casos priorizados, en el desarrollo de las sesones colectivas o remitidos por las instituciones de poblacion diferencial . 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Diligenciamiento de fichas de notificacion o activaciones de ruta en el respectivo formatos digital, base de seguimiento a casos pririzados en el drive
9	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Productos debidamente organizados y archivados con la documentación generada, en el cumplimiento de sus acciones, de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. Por otra parte se da la informacion acerca del archivo del producto al apoyo adinistrativo del entorno. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): carpetas de con los diferentes soportes correspondientes al proceso
10	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: Se realiza revisión y apropiación de fichas, formatos, documentos transversales de PSPIC, En proceso de implementación de planes de cuidado institucional se realizaron las canalizaciones pertinentes mediante modulo SIRC a las EAPB. Se realizó el envío de información correspondiente a GESI y se adelantaron acciones pertinentes en las instituciones para generar articulaciones con PAI de acuerdo a las necesidades identificadas. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos de canalización, soportes de envio de correos, base de seguimiento de casos prioritarios.
11	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. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizan las actividades programadas y definidas en el objeto del contrato para el mejoramiento continuo y actividades de apoyo con la calidad y oportunidad requerida. por el entorno cuidador institucional. Asistencia mensual a la reunion del entorno cuidador instituciobal 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Carpetas con los diferentes soportes correspondientes al producto ejecutado.
12	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: Apoyo a las diferentes actividades que se requieran como jormadas de asistencias tecnicas, fortalecimientos y demas actividades requeridas al interior de la subred. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta y listado de asistencia

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9487405206	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	12/06/2025	$ 206,400
PENSIÓN:	PROTECCION	12/06/2025	$ 264,200
RIESGOS LABORALES:	SURA	12/06/2025	$ 40,300
OTRO	CCF COMPENSAR	12/06/2025	$ 10,000
	TOTAL PAGADO		**$ 520,900**

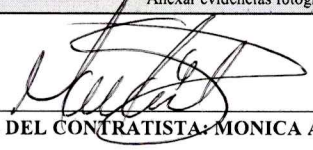
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

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



NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MONICA ASTRID GALEANO SALAMANCA
CC: 52,988,682
CEL 3115311059

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: 30/06/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	MONICA ASTRID GALEANO SALAMANCA	**CC:**	52,988,682
		RUT (NIT):	52988682-2
CORREO ELECTRÓNICO:	magaleanos@hotmail.com	**TELÉFONO:**	3115311059
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 57 Z SUR 75 D 07 CASA 225	**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:**	488400488836
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 3618 2025	**N° CDP:**	5 - 1147	**N°. RP:**	5369 - 14087	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SEIS MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	01/01/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		30/06/2025		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 24,763,655
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/06/2025 AL 30/06/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 4,127,120					
	CUATRO MILLONES CIENTO VEINTISIETE MIL CIENTO VEINTE PESOS					

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MONICA ASTRID GALEANO SALAMANCA
CC: 52,988,682
CEL: 3115311059

Secretaría Distrital 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	MONICA ASTRID GALEANO SALAMANCA				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	52,988,682				
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 3618 2025		**FECHA INICIO CONTRATO**	01/01/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 23,988,816				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 24,763,655		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4,127,120	
N° PAGO / N° DE INFORME:	7 de 7	**N° CRP INICIAL:**	5369	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	5
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS MESES				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9487405206		**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:	1	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICIÓN (1)	PRÓRROGA (0)
VALOR ADICIONADO	$ 774,839	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1147	**RP DE LA ADICIÓN:**	14087	**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 01/06/2025 al 30/06/2025

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

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 52988682		GALEANO SALAMANCA MONICA ASTRID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 57z sur # 75d 07 casa 225	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4682542	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-05	2025-05	1547752142	9487405206	I	2025/06/20	2025/06/12	BANCO DAVIVIENDA	0	$520,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,650,848	$264,200			$1,650,848	$206,400			$1,650,848	$10,000			$1,650,848	$40,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,650,848	$264,200			$1,650,848	$206,400			$1,650,848	$10,000			$1,650,848	$40,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$1,650,848	$264,200			$1,650,848	$206,400			$1,650,848	$10,000			$1,650,848	$40,300		$0	$0
1	CC	52988682	GALEANO MONICA	230201	30	$1,650,848	$264,200	EPS008	30	$1,650,848	$206,400	CCF14	30	$1,650,848	$10,000	14-11	30	$1,650,848	$40,300	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,650,848	$264,200			$1,650,848	$206,400			$1,650,848	$10,000			$1,650,848	$40,300		$0	$0

2025/06/11 07:04 PM

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 52988682		GALEANO SALAMANCA MONICA ASTRID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 57z sur # 75d 07 casa 225	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4682542	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	1547752142	9487405206	I	2025/06/20	2025/06/12	BANCO DAVIVIENDA	0	$520,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$264,200	$0	$0	$264,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$264,200	$0	$0	$264,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$40,300	$0	$0	$40,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$40,300	$0	$0	$40,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$10,000	$0	$0	$10,000
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$10,000	$0	$0	$10,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$206,400	$0	$0	$206,400
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$206,400	$0	$0	$206,400
TOTAL				1	$520,900	$0	$0	$520,900

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
1547752142

Destino de pago
APORTES EN LINEA

Motivo
Pago de la Planilla de aportes con clave: 9487405206

Fecha
11/06/2025

Número de aprobación
00752142

Dirección IP
161.10.177.112

Valor transacción
$ 520.900,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
161.10.177.112	CC	52988682

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