

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y**

**SOPHIA ROZO MARTINEZ**

<b>NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:</b>		1.033.778.678			
<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>		PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN TRABAJO SOCIAL 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.			
<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>		PS 5168 2025		<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	
				01/04/2025	
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>		\$ 11.994.408		<b>PLAZO INICIAL DEL CONTRATO</b>	
				TRES (3) MESES	
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>		\$ 12.381.827		<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	
				\$ 4.127.120	
<b>Nº DE INFORME:</b>		3		<b>Nº CRP:</b>	
				12947	
				<b>Nº CDP:</b>	
				828	
<b>PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS</b>		TRES MESES			
<b>UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>		SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO			
<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>		LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30			

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

<b>Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:</b>	1	<b>TIPO DE MODIFICACIÓN</b>	<b>ADICIONES</b>	1	<b>PRORROGAS</b>	0
<b>VALOR ADICIONADO</b>	\$ 387.419	<b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>	1197	<b>CRP DE LA ADICIÓN:</b>	14701	<b>TIEMPO PRORROGADO:</b>
<b>VALOR ADICIONADO</b>		<b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>		<b>CRP DE LA ADICIÓN:</b>		<b>TIEMPO PRORROGADO:</b>
<b>VALOR ADICIONADO</b>		<b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>		<b>CRP DE LA ADICIÓN:</b>		<b>TIEMPO PRORROGADO:</b>
<b>VALOR ADICIONADO</b>		<b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>		<b>CRP DE LA ADICIÓN:</b>		<b>TIEMPO PRORROGADO:</b>
<b>VALOR ADICIONADO</b>		<b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>		<b>CRP DE LA ADICIÓN:</b>		<b>TIEMPO PRORROGADO:</b>
<b>VALOR ADICIONADO</b>		<b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>		<b>CRP DE LA ADICIÓN:</b>		<b>TIEMPO PRORROGADO:</b>
<b>VALOR ADICIONADO</b>		<b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>		<b>CRP DE LA ADICIÓN:</b>		<b>TIEMPO PRORROGADO:</b>
<b>VALOR ADICIONADO</b>		<b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>		<b>CRP DE LA ADICIÓN:</b>		<b>TIEMPO PRORROGADO:</b>
<b>VALOR ADICIONADO</b>		<b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>		<b>CRP DE LA ADICIÓN:</b>		<b>TIEMPO PRORROGADO:</b>
<b>VALOR ADICIONADO</b>		<b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>		<b>CRP DE LA ADICIÓN:</b>		<b>TIEMPO PRORROGADO:</b>
<b>VALOR ADICIONADO</b>		<b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>		<b>CRP DE LA ADICIÓN:</b>		<b>TIEMPO PRORROGADO:</b>
<b>VALOR ADICIONADO</b>		<b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>		<b>CRP DE LA ADICIÓN:</b>		<b>TIEMPO PRORROGADO:</b>
<b>VALOR ADICIONADO</b>		<b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>		<b>CRP DE LA ADICIÓN:</b>		<b>TIEMPO PRORROGADO:</b>

**III. POLIZAS**

<b>¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?</b>		SI		NO		X	
<b>Nº DE PÓLIZA:</b>	N/A		<b>NOMBRE DE LA ASEGURADORA:</b>		N/A		
<b>FECHA DE LA PÓLIZA</b>	N/A		<b>FECHA DE APROBACIÓN:</b>		N/A		

<b>ÍTE M</b>	<b>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)</b>
1	1. OBLIGACIÓN: Desarrollar las actividades que se generen directa e indirectamente del objeto contractual en las unidades de prestación de servicios asignadas de acuerdo con la programación de actividades 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: * Realizar cinco (5) concertaciones para la cualificación de la atención de las personas que se inyectan drogas. * Participar en la valoración del riesgo de consumo de los usuarios que se inyectan drogas psicoactivas. * Realizar seguimiento a los usuarios que se encuentran en el proceso de atención y que pertenecen a otros meses. * Realizar recorridos de identificación de la población PID en los territorios de las localidades de Santa Fe, Los Mártires y La Candelaria. * Participar en la entrega de los kits de inyección de menos riesgos que se dispensan a los usuarios PID que lo requieren. * Realizar canalizaciones a los usuarios PID tanto a la ruta de atención en salud como a la ruta intersectorial, conforme a las necesidades de la población. * Realizar el seguimiento a las canalizaciones realizadas durante el mes de junio. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Cinco (5) actas de concertación. * 30 Fichas Punto que contienen la evaluación de los usuarios que consumen sustancias psicoactivas inyectables. * Seis (6) formatos de Intervención, debidamente diligenciados. * Actas de recorridos de identificación realizadas junto con los gestores. * Formatos IB que contiene la entrega de los kits de inyección de menos riesgo. * Formato SIRC que contiene las canalizaciones realizadas. * Un documento en Excel con el seguimiento a las canalizaciones.
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: * Elaborar el cronograma mensual conforme a los puntos fijos establecidos en las localidades de Santa Fe, Los Mártires y La Candelaria. * Realizar los ajustes al cronograma, conforme a las necesidades del territorio donde se desarrollan las acciones. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Un archivo en Excel que contiene el cronograma mensual. * Un archivo en Excel con el cronograma debidamente ajustado para el mes de junio.

*[Handwritten signature]*

3	<p>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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: * Realizar cinco (5) concertaciones para la cualificación de la atención de las personas que se inyectan drogas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Participar en la valoración del riesgo de consumo de los usuarios que se inyectan drogas psicoactivas.</li> <li>* Realizar seguimiento a los usuarios que se encuentran en el proceso de atención y que pertenecen a otros meses.</li> <li>* Realizar recorridos de identificación de la población PID en los territorios de las localidades de Santa Fe, Los Mártires y La Candelaria.</li> <li>* Participar en la entrega de los kits de inyección de menos riesgos que se dispensan a los usuarios PID que lo requieren.</li> <li>* Realizar canalizaciones a los usuarios PID tanto a la ruta de atención en salud como a la ruta intersectoria, conforme a las necesidades de la población.</li> <li>* Realizar el seguimiento a las canalizaciones realizadas durante el mes de junio.</li> </ul> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Cinco (5) actas de concertación realizadas en el mes de junio.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* 30 Fichas Punto que contienen la evaluación de los usuarios que consumen sustancias psicoactivas inyectables, realizadas durante el mes de junio.</li> <li>* Seis (6) formatos de Intervención, debidamente diligenciados.</li> <li>* Tres (3) actas de recorridos de identificación realizadas junto con los gestores.</li> <li>* Seis (6) formatos IB que contiene la entrega de los kits de inyección de menos riesgo.</li> <li>* Formato SIRC que contiene las canalizaciones realizadas.</li> <li>* Un (1) documento en Excel con el seguimiento a las canalizaciones correspondientes al mes anterior.</li> </ul>
4	<p>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 habitación y acreditación de servicios de salud.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: * Realizar los ajustes de los formatos que se elaboraron durante el mes, con el fin de lograr la calidad, la completitud y la oportunidad en todos ellos.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Carpeta que contiene los formatos que se derivan en productos, debidamente ajustados.</p>
5	<p>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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: * Realizar cinco (5) concertaciones para la cualificación de la atención de las personas que se inyectan drogas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Participar en la valoración del riesgo de consumo de los usuarios que se inyectan drogas psicoactivas.</li> <li>* Realizar seguimiento a los usuarios que se encuentran en el proceso de atención y que pertenecen a otros meses.</li> <li>* Realizar recorridos de identificación de la población PID en los territorios de las localidades de Santa Fe, Los Mártires y La Candelaria.</li> <li>* Participar en la entrega de los kits de inyección de menos riesgos que se dispensan a los usuarios PID que lo requieren.</li> <li>* Realizar canalizaciones a los usuarios PID tanto a la ruta de atención en salud como a la ruta intersectoria, conforme a las necesidades de la población.</li> <li>* Realizar el seguimiento a las canalizaciones realizadas durante el mes de junio.</li> </ul> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Cinco (5) actas de concertación realizadas en el mes de junio.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* 30 Fichas Punto que contienen la evaluación de los usuarios que consumen sustancias psicoactivas inyectables, realizadas durante el mes de junio.</li> <li>* Seis (6) formatos de Intervención, debidamente diligenciados.</li> <li>* Tres (3) actas de recorridos de identificación realizadas junto con los gestores.</li> <li>* Seis (6) formatos IB que contiene la entrega de los kits de inyección de menos riesgo.</li> <li>* Formato SIRC que contiene las canalizaciones realizadas.</li> </ul>
6	<p>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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: * Se realizó la socialización del documento técnico, de la ficha de SPA y de las metas correspondientes al mes de abril.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Participar en el direccionamiento técnico dirigido por el profesional de apoyo el 04/06/2025.</li> <li>* Reinducción de canalizaciones el 10/06/2025</li> </ul> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Acta de socialización del Documento Técnico.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Tres (3) presentaciones que contiene el documento Técnico, la Ficha Técnica y las Metas.</li> <li>* Acta de direccionamiento técnico del 04/06/2025.</li> <li>* Acta de asistencia reinducción 10/06/2025</li> </ul>
7	<p>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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: * Participar en la valoración del riesgo de consumo de los usuarios que se inyectan drogas psicoactivas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Realizar seguimiento a los usuarios que se encuentran en el proceso de atención y que pertenecen a otros meses.</li> <li>* Participar en la entrega de los kits de inyección de menos riesgos que se dispensan a los usuarios PID que lo requieren.</li> <li>* Realizar canalizaciones a los usuarios PID tanto a la ruta de atención en salud como a la ruta intersectoria, conforme a las necesidades de la población.</li> <li>* Realizar el seguimiento a las canalizaciones realizadas durante el mes de junio.</li> </ul> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Cinco (5) actas de concertación realizadas en el mes de junio.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* 30 Fichas Punto que contienen la evaluación de los usuarios que consumen sustancias psicoactivas inyectables, realizadas durante el mes de junio.</li> <li>* Seis (6) formatos de Intervención, debidamente diligenciados.</li> <li>* Seis (6) formatos IB que contiene la entrega de los kits de inyección de menos riesgo.</li> <li>* Formato SIRC que contiene las canalizaciones realizadas.</li> </ul>
8	<p>1. OBLIGACIÓN: Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: * Se realizó la notificación de los eventos de consumo problemático VESPA a Epidemiología.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Se realizó la notificación de eventos de salud mental SISVECOS.</li> </ul> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * 30 fichas de Punto que contienen la información que da cuenta del riesgo de consumo.</p>
9	<p>1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: * Se realizó una jornada de adecuación del archivo del producto 47, donde se revisaron y legajaron los productos de la estrategia para el mes de mayo.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Carpetas con los productos debidamente archivados.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Cajas con las carpetas que contienen los productos debidamente archivados, emitidos en el mes de mayo.</li> </ul>
10	<p>1. OBLIGACIÓN: * Dar cumplimiento a las actividades de los procesos TRANSVERSALES de EISP y Participación social.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: * Realizar canalizaciones a los usuarios PID tanto a la ruta de atención en salud como a la ruta intersectoria, conforme a las necesidades de la población.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Se realizó la notificación de los eventos de consumo problemático VESPA a Epidemiología.</li> <li>* Se realizó la notificación de eventos de salud mental SISVECOS.</li> </ul> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Formato SIRC que contiene las canalizaciones realizadas en el mes de junio.</p>
11	<p>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 de procedimiento administrativo sancionatorio de incumplimiento contractual.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: * Se garantizó la adecuada ejecución de las actividades en el desarrollo del grupo poblacional que me fue asignado, aportando los productos que se establecieron en el lineamiento de SPACOS de bienestar y que me fueron socializados de forma oportuna, además me cerciore que la información consignada en acta y en formatos quedo registrada con plenitud y calidad.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Cinco (5) actas de concertación realizadas en el mes de junio. * Tres (3) actas de encuentros comunitario</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* 30 Fichas Punto que contienen la evaluación de los usuarios que consumen sustancias psicoactivas inyectables, realizadas durante el mes de junio.</li> <li>* Seis (6) formatos de Intervención, debidamente diligenciados.</li> <li>* Seis (6) formatos IB que contiene la entrega de los kits de inyección de menos riesgo.</li> <li>* Formato SIRC que contiene las canalizaciones realizadas.</li> <li>* Un (1) documento en Excel con el seguimiento a las canalizaciones correspondientes al mes anterior.</li> </ul>

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: \* Registro fotografico de las acciones realizadas en el SPacio de bienestar.
- 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \* Registro fotografico
  - \* Alistamiento de insumos
  - \* Firma de listados de los traslados de vehiculos      \* Lista de asistencia usuarios asistencia por dia

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

<b>No. DE PLANILLA:</b>	9487385355	<b>OPERADOR:</b>	<b>APORTES EN LINEA</b>	
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>	
<b>SALUD:</b>	FAMISANAR	12/06/2025	\$	206.400
<b>PENSIÓN:</b>	PORVENIR	12/06/2025	\$	264.200
<b>RIESGOS LABORALES:</b>	SURA	12/06/2025	\$	40.300
<b>OTRO</b>	CCF COMPENSAR	12/06/2025	\$	33.100
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$</b>	<b>544.000</b>

**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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMMLV (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 periodo correspondiente




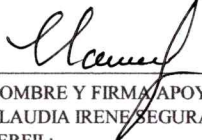
**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: SOPHIA ROZO MARTINEZ**  
**CC: 1.033.778.678**  
**CEL. 3224226941**





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

<p><b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:</b></p>	 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: CLAUDIA IRENE SEGURA VERA PERFIL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE GESTION

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033778678		ROZO MARTINEZ SOPHIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 19 #1G-46 PISO 1	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

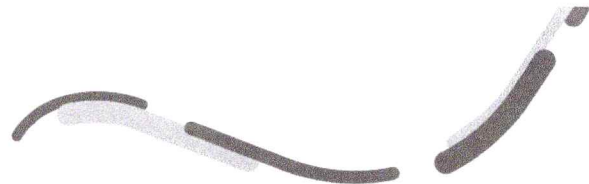
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	1548296605	9487385355	I	2025/06/19	2025/06/12	BANCOLOMBIA	0	\$544,000

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		
<b>Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)</b>						\$1,650,848	\$264,200			\$1,650,848	\$206,400			\$1,650,848	\$33,100			\$1,650,848	\$40,300			\$0	\$0	
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>						\$1,650,848	\$264,200			\$1,650,848	\$206,400			\$1,650,848	\$33,100			\$1,650,848	\$40,300			\$0	\$0	
<b>Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados)</b>						\$1,650,848	\$264,200			\$1,650,848	\$206,400			\$1,650,848	\$33,100			\$1,650,848	\$40,300			\$0	\$0	
1	CC	1033778678	ROZO SOPHIA	230301	30	\$1,650,848	\$264,200	EPS017	30	\$1,650,848	\$206,400	CCF24	30	\$1,650,848	\$33,100	14-11	30	\$1,650,848	\$40,300	30	\$0	\$0		
<b>Total</b>	<b>Afiliados( 1)</b>					\$1,650,848	\$264,200			\$1,650,848	\$206,400			\$1,650,848	\$33,100			\$1,650,848	\$40,300			\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033778678		ROZO MARTINEZ SOPHIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 19 #1G-46 PISO 1	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	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	1548296605	9487385355	1	2025/06/19	2025/06/12	BANCOLOMBIA	0	\$544,000

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	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	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	\$33,100	\$0	\$0	\$33,100	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$33,100	\$0	\$0	\$33,100	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$206,400	\$0	\$0	\$206,400	
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$206,400	\$0	\$0	\$206,400	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$544,000</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$544,000</b>	



**Comprobante en línea**  
Pago PSE

12 Jun 2025 05:55:53



**Pago exitoso**

CUS 1548296605

Comercio  
**APORTES EN LINEA**

Referencia 1  
**186.84.89.76**

Fecha  
**12 Jun 2025 05:55:53**

Referencia 2  
**CC**

Número de factura  
**9487385355**

Referencia 3  
**1033778678**

Descripción del pago  
**Pago de la Planilla de aportes con  
clave: 9487385355**

Valor del Pago  
**\$544,000**

Número de comprobante  
**TR0554586605**

Costo de la transacción  
**\$ 0**

Producto origen  
**Ahorros - Bancolombia**  
**\*\*\*\* 3023**