	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	JHON JAIRO CASALLAS RODRIGUEZ				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1,023,971,191				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO CONDUCTOR DE MOTO 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 3794 2025		**FECHA INICIO CONTRATO**	01/01/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14,514,288				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 14,983,100		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2,497,050	
N° PAGO / N° DE INFORME:	7 de 7	**N° CRP INICIAL:** 5510	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	5	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS MESES				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9486995618		**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GSP PSPIC - MACRO, MESO Y MICRO				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO				
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	$ 468,812	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1147	**RP DE LA ADICIÓN:**	14244	**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

Centro Oriente E.S.E	**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:	JHON JAIRO CASALLAS RODRIGUEZ	**CC:**	1,023,971,191
		RUT (NIT):	1023971191-9
CORREO ELECTRÓNICO:	jcasallas131@gmail.com	**TELÉFONO:**	3108588980
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 6 ESTE 29 30 SUR	**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 CAJA SOCIAL	**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**N° CUENTA:**	24098794168
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 3794 2025	**N° CDP:**	5 - 1147	**N°. RP:**	5510 - 14244	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: $ 14,983,100
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/06/2025 AL 30/06/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 2,497,050					
	DOS MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL CINCUENTA PESOS					

Jhon Casallas

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JHON JAIRO CASALLAS RODRIGUEZ

CC: **1,023,971,191**

CEL: **3108588980**

4	1. OBLIGACIÓN: Apoyar en las diferentes actividades de transporte requeridas en la estrategia de seguimiento a cohortes de vacunación 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar y ejecutar todas las actividades de transporte para la ejecucion apropiada de vacunacion de acuerdo al seguimiento de la cohorte 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): producto en fisico y en magnetico
5	1. OBLIGACIÓN: El contratista deberá manifestar mediante escrito la propiedad del vehículo (moto) y/o la autorización del propietario para desarrollar las obligaciones contraídas en el transporte de las auxiliares de enfermería del programa ampliado de inmunizaciones. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se cumple y manifiesta en totalidad con la documentacion requerida para realizar las funciones y obligaciones contraidas en el transporte, para el programa ampliado de inmunizaciones (PAI) 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): producto en fisico y en magnetico
6	1. OBLIGACIÓN: Deberá disponer de los documentos completos en regla (certificado médico para conducir. licencia, documentos de propiedad de la moto, certificado de gases. SOAT._1C) 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se cumple con la documentacion del vehiculo y del propietario de acuerdo a la normatividad vigente del codigo nacional de transito y transporte Ley 769 de 2007, establece en el articulo 34□ 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): producto en fisico y en magnetico
7	1. OBLIGACIÓN: Deberá contar con los implementos de seguridad y protección como casco y chaleco reflectivo (para él y el copiloto), rodilleras y canilleras, de acuerdo a la norma 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Al momento de realizar las actividades diarias se cuenta con los elementos de proteccion personal (EPP) para el equipo de trabajo teniendo cuenta la normatividad vigente resolucion 1737 de 2004 - NTC 4533 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): producto en fisico y en magnetico
8	1. OBLIGACIÓN: El contratista es responsable del mantenimiento de la moto y el combustible de la misma 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: El propietario o trabajador se compromete y es responsable del mantenimiento del vehiculo como los son combustible y demas gastos que requiera la motocicleta 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): producto en fisico y en magnetico
9	1. OBLIGACIÓN: Asistir a las reuniones programadas para el equipo del Programa ampliado de Inmunización por la coordinadora del mismo 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Cumplir y asistir a las actividades programadas por la coordinacion del programa ampliado de inmunizaciones (PAI), siendo parte integral del presente contrato 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): producto en fisico y en magnetico
10	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: Cumplir con las obligaciones contractuales con oportunidad y calidad. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): producto en fisico y en magnetico
11	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: Desarrollar actividades según necesidad de la Subred, en cualquiera de los espacios o procesos transversales de acuerdo a los lineamientos del contrato PSPIC 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): producto en fisico y en magnetico

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9486995618	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	SALUD TOTAL	11/06/2025	$ 178,000
PENSIÓN:	PORVENIR	11/06/2025	$ 227,800
RIESGOS LABORALES:	NO APLICA		
OTRO			
TOTAL PAGADO			**$ 405,800**

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

Jhon Casallas

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JHON JAIRO CASALLAS RODRIGUEZ
CC: 1,023,971,191
CEL 3108588980

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					
JHON JAIRO CASALLAS RODRIGUEZ					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1,023,971,191				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO CONDUCTOR DE MOTO 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 3794 2025	FECHA INICIO CONTRATO	01/01/2025		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14,514,288	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	SEIS (6) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 14,983,100	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 2,497,050		
N° DE INFORME:	7	N° CRP:	5510	N° CDP:	5
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	SEIS MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO				
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	$ 468,812	CDP DE LA ADICIÓN:	1147	CRP DE LA ADICIÓN:	14244	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:	
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: Transportar a diferentes domicilios dentro de las seis localidades que conforman la Subred a las auxiliares de enfermería que realiza la vacunación en la estrategia de seguimiento a cohortes. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar seguimientos dentro de las seis localidades establecidas por la SUBRED CENTRO ORIENTE y transportando a las auxiliares de enfermeria para realizar la estrategia de vacunacion domiciliaria acorde a los parametros establecidos por el jefe inmediato. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): producto en fisico
2	1. OBLIGACIÓN: Garantizar que la moto cuente con maletero o alforjas para el transporte de los insumos requeridos para la estrategia de vacunación. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Al momento de realizar la estrategia de vacunacion el vehiculo (motocicleta) cuenta con los elementos apropiados para el transporte de los insumos□ 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): producto en fisico y en magnetico
3	1. OBLIGACIÓN: Llevar a cabo eficaz y oportunamente las ordenes impartidas por la coordinación del programa de vacunación para el buen funcionamiento de la estrategia. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza la orden y funcion asignada diariamente por el jefe inmediato,para desarrollar las actividades de vacunacion diaria 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): producto en fisico y en magnetico

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
	Luz Pineda D NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: LUZ CONSUELO PINEDA DUEÑEZ 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 1023971191		CASALLAS RODRIGUEZ JHON JAIRO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 6 29-30 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3679144	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	1546603645	9486995618	I	2025/06/24	2025/06/11	BANCO CAJA SOCIAL	0	$405,800

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)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$1,423,500**	**$227,800**			**$1,423,500**	**$178,000**			**$0**	**$0**			**$0**	**$0**		**$0**	**$0**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					**$1,423,500**	**$227,800**			**$1,423,500**	**$178,000**			**$0**	**$0**			**$0**	**$0**		**$0**	**$0**
1	CC	1023971191	CASALLAS JHON	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				**$1,423,500**	**$227,800**			**$1,423,500**	**$178,000**			**$0**	**$0**			**$0**	**$0**		**$0**	**$0**

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 1023971191		CASALLAS RODRIGUEZ JHON JAIRO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 6 29-30 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3679144	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	1546603645	9486995618	I	2025/06/24	2025/06/11	BANCO CAJA SOCIAL	0	$405,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$0	$0	$227,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$405,800	$0	$0	$405,800

Banco Caja Social

Pago de servicios electrónicos

Resultado de la transacción

Transacción exitosa.
Apreciado cliente. Pago sujeto a aprobación. Para concluir, por favor seleccione la opción "Regresar al comercio" y verifique el estado final de la transacción. Si tiene algún inconveniente, comuníquese con la entidad con la que liquidó su planilla o con el comercio desde el cual está realizando la compra o pago.

FECHA Y HORA
11 junio 2025 11:32 am

DIRECCIÓN IP. 191.95.52.192

NÚMERO DE TRANSACCIÓN
APII5162323165346500

NÚMERO DE CONFIRMACIÓN
6500AXKR

NOMBRE DEL COMERCIO	APORTES EN LINEA
NIT DEL COMERCIO	9999001472382
CÓDIGO DEL SERVICIO	99000
VALOR DE LA TRANSACCIÓN	$405.800,00
VALOR DEL IMPUESTO	$0,00
REFERENCIA DE PAGO	9486995618
FECHA DE LA SOLICITUD	11 junio 2025
REFERENCIA 1	191.95.52.192
REFERENCIA 2	CC
REFERENCIA 3	1023971191
CÓDIGO DE LA TRANSACCIÓN (CUS)	1546603645
CICLO DE LA TRANSACCIÓN	3
DESCRIPCIÓN DEL PAGO	Pago de la Planilla de aportes con clave 9486995618
CUENTA ORIGEN	Cuentamiga *******4168