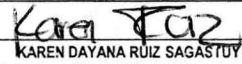
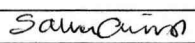
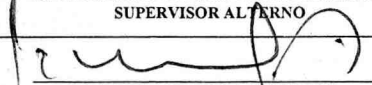


SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-1A-FT- 077 VERSION: 2 FECHA: 2025-06-09	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y KAREN DAYANA RUIZ SAGASTUY			
CON C.C.Nº		1.033.745.019	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN ENFERMERIA 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 4942 2025	FECHA INICIO CONTRATO	24/02/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 6.130.193	No. HORAS EJECUTADAS	184
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 29.756.035	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 4.127.120
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES Y SIETE (7) DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRAD00 05		
ITEM	II. 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	OBSERVACION 1, VALOR DE HONORARIOS \$ 4.127.120 PESOS		
2	ACCION DE PROMOCION DE LA SALUD IDENTIFICANDO LOS DIFERENTES REESGOS EN SALUD		
3	ASISTENCIA A REUNIONES DE EQUIPO PROGRAMADAS POR LIDERES OPERATIVOS SDS		
4	SE HACE ENTREGA DEL CRONOGRAMA Y EL INFORME DE ACTIVIDADES DEL MES CORRESPONDIENTE		
5	CARACTERIZACION DE FAMILIAS SEGÚN SU RIESGO Y REALIZAR ACTUALIZACIONES		
6	ATENCION INICIAL PARA IDENTIFICACION DE RIESGOS		
7	IMPLEMENTACION Y SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES ACORDADAS CON LA FAMILIA		
8	SEGUIMIENTO FAMILIAR SEGÚN LA PERIODICIDAD		
9	MONITORIO Y EVALUCION A TODAS LS FAMILIAS ABORDADAS		
10	REALIZAR SEGUIMIENTO A LAS FAMILIAS SEGÚN LA NECESIDAD DE CADA USUARIO		
III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS			
<u>SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO EJECUTADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</u>			
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 cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/09/2025) AL (30/09/2025)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	9491585035	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	17/09/2025	\$ 204.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	17/09/2025	\$ 261.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	17/09/2025	\$ 39.800
OTRO	CCF COMPENSAR +MORA	17/09/2025	\$ 14.500
TOTAL PAGADO			\$ 519.500
V. 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 calculo 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 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, 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			
VI. ANEXOS (Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)			
Anexar evidencias fotograficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA		 KAREN DAYANA RUIZ SAGASTUY CC No 1033745019	
FIRMA DE QUIEN VALIDA		 SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA SUPERVISOR ALTERNO	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		 LORENZA BECERRA CAMARGO SUPERVISOR DEL CONTRATO	

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/09/2025					
NOMBRES Y APELLIDOS:	KAREN DAYANA RUIZ SAGASTUY			CC:	1033745019
CORREO ELECTRÓNICO:	DAYANASAGASTUY2508@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3113779902
DIRECCIÓN DOMICILIO:	AV BOYCA 35 18 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
Manifiesto bajo la gravedad del juramento					
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 AV VILLAS	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	087941238
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	PS 4942 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 4.127.120		
FECHA DE INICIO CONTRATO	24/02/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/09/2025		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/09/2025 AL 30/09/2025				
 KAREN DAYANA RUIZ SAGASTUY C.C 1033745019 Cel: 3113779902					

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF	
CC. 003745019		RUIZ SAGASTUY KAREN DAYANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 171 # 74b 21 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7153712	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2025-08	2025-08	1783033545	9491585035	2025/09/04	2025/09/17	BANCO AV VILLAS	13	\$508.900	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																												
EMPLEADO			NOVEDADES										PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS		PARAFISCALES							
No.	Identificación	Nombre	Ingr	ret	dece	lae	cdp	tap	vsp	cov	sst	lfe	(ma)	vac	a p	vct	(rt)	vtp	Código	Días	Código	Días	Código	Días	Tarifa	Código	Días	Exonerado SENA e CBF
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																												
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																												
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)																												
1	CC	1033745019	RUIZ KAREN															25-14	30	EP5008	30	CCF24	30	14-11	30	2.436%	30	No
Total		Afiliados (1)																										

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1033745019		RUJZ SAGASTUY KAREN DAYANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 17# 74b 21 sur	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	7153712	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1783033545	1	9491585035	2025/09/04	2025/09/17	BANCO AV VILLAS	13	\$508,900

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$256,000	\$2,100	\$0	\$258,100	\$258,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$256,000	\$2,100	\$0	\$258,100	\$258,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$39,000	\$400	\$0	\$39,400	\$39,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$39,000	\$400	\$0	\$39,400	\$39,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$9,600	\$100	\$0	\$9,700	\$9,700
COMPEISAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$9,600	\$100	\$0	\$9,700	\$9,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$200,000	\$1,700	\$0	\$201,700	\$201,700
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$200,000	\$1,700	\$0	\$201,700	\$201,700
TOTAL					\$504,600	\$4,300	\$0	\$508,900	\$508,900



**Tu pago en
APORTES EN LINEA
- Pago de la Planilla
de aportes con
clave: 9491585035
fue aprobado**

No. de autorización

52520076

Valor \$508.900

Desde Ahorros No. **** 1238

Aportes En Linea - Pago De La Planilla
Hacia De Aportes Con Clave: 9491585035 -
Pedido o Factura No. 9491585035

Fecha 17/09/2025
Hora: 04:36 am

IP de origen 190.27.166.186

Si tienes dudas nos puedes contactar de la siguiente forma:

Línea nacional: +57 01 8000 51 8000

Resumen General de Pago

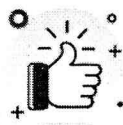
DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033745019		RUIZ SAGASTUY KAREN DAYANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 17f # 74b 21 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7153712	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-08	2025-08	1794072976	9492117186	N	2025/09/04	2025/09/22	BANCO AV VILLAS	18	\$10,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$5,200	\$100	\$0	\$5,300
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$5,200	\$100	\$0	\$5,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$800	\$100	\$0	\$900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$800	\$100	\$0	\$900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$200	\$100	\$0	\$300
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$200	\$100	\$0	\$300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$4,000	\$100	\$0	\$4,100
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$4,000	\$100	\$0	\$4,100
TOTAL				1	\$10,200	\$400	\$0	\$10,600

DATOS GENERALES DEL APORTANTE											
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF			
CC 1033745019	*	RUIZ SAGASTUY KAREN DAYANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 171 # 74b 71 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7153712	No			
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION											
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago		Valor	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	N	Limite	Pago	Banco	Dias Mora		
2025-08	2025-08	1794073976	9492117186			2025/09/04	2025/09/22	BANCO AV VILLAS	18	\$10,600	
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES											
EMPLEADO			PENSION			SALUD			CCF		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo
Sucursal PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	
1	CC 1033745019	RUIZ KAREN	25-14	30		(\$1,600,000)	EP5006	30		(\$1,600,000)	CFE74
2	CC 1033745019	RUIZ KAREN	25-14	30		\$1,632,000	EP5006	30		\$1,632,000	CFE74
Total					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	
Afiliados(1)			PENSION			SALUD			CCF		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo
Sucursal PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	
1	CC 1033745019	RUIZ KAREN	25-14	30		(\$1,600,000)	EP5006	30		(\$1,600,000)	CFE74
2	CC 1033745019	RUIZ KAREN	25-14	30		\$1,632,000	EP5006	30		\$1,632,000	CFE74
Total					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	
Afiliados(1)			PENSION			SALUD			CCF		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo
Sucursal PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	
1	CC 1033745019	RUIZ KAREN	25-14	30		(\$1,600,000)	EP5006	30		(\$1,600,000)	CFE74
2	CC 1033745019	RUIZ KAREN	25-14	30		\$1,632,000	EP5006	30		\$1,632,000	CFE74
Total					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	
Afiliados(1)			PENSION			SALUD			CCF		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo
Sucursal PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	
1	CC 1033745019	RUIZ KAREN	25-14	30		(\$1,600,000)	EP5006	30		(\$1,600,000)	CFE74
2	CC 1033745019	RUIZ KAREN	25-14	30		\$1,632,000	EP5006	30		\$1,632,000	CFE74
Total					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	
Afiliados(1)			PENSION			SALUD			CCF		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo
Sucursal PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	
1	CC 1033745019	RUIZ KAREN	25-14	30		(\$1,600,000)	EP5006	30		(\$1,600,000)	CFE74
2	CC 1033745019	RUIZ KAREN	25-14	30		\$1,632,000	EP5006	30		\$1,632,000	CFE74
Total					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	
Afiliados(1)			PENSION			SALUD			CCF		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo
Sucursal PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	
1	CC 1033745019	RUIZ KAREN	25-14	30		(\$1,600,000)	EP5006	30		(\$1,600,000)	CFE74
2	CC 1033745019	RUIZ KAREN	25-14	30		\$1,632,000	EP5006	30		\$1,632,000	CFE74
Total					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	
Afiliados(1)			PENSION			SALUD			CCF		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo
Sucursal PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	
1	CC 1033745019	RUIZ KAREN	25-14	30		(\$1,600,000)	EP5006	30		(\$1,600,000)	CFE74
2	CC 1033745019	RUIZ KAREN	25-14	30		\$1,632,000	EP5006	30		\$1,632,000	CFE74
Total					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	
Afiliados(1)			PENSION			SALUD			CCF		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo
Sucursal PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	
1	CC 1033745019	RUIZ KAREN	25-14	30		(\$1,600,000)	EP5006	30		(\$1,600,000)	CFE74
2	CC 1033745019	RUIZ KAREN	25-14	30		\$1,632,000	EP5006	30		\$1,632,000	CFE74
Total					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	
Afiliados(1)			PENSION			SALUD			CCF		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo
Sucursal PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	
1	CC 1033745019	RUIZ KAREN	25-14	30		(\$1,600,000)	EP5006	30		(\$1,600,000)	CFE74
2	CC 1033745019	RUIZ KAREN	25-14	30		\$1,632,000	EP5006	30		\$1,632,000	CFE74
Total					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	
Afiliados(1)			PENSION			SALUD			CCF		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo
Sucursal PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	
1	CC 1033745019	RUIZ KAREN	25-14	30		(\$1,600,000)	EP5006	30		(\$1,600,000)	CFE74
2	CC 1033745019	RUIZ KAREN	25-14	30		\$1,632,000	EP5006	30		\$1,632,000	CFE74
Total					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	
Afiliados(1)			PENSION			SALUD			CCF		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo
Sucursal PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	
1	CC 1033745019	RUIZ KAREN	25-14	30		(\$1,600,000)	EP5006	30		(\$1,600,000)	CFE74
2	CC 1033745019	RUIZ KAREN	25-14	30		\$1,632,000	EP5006	30		\$1,632,000	CFE74
Total					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	
Afiliados(1)			PENSION			SALUD			CCF		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo
Sucursal PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	
1	CC 1033745019	RUIZ KAREN	25-14	30		(\$1,600,000)	EP5006	30		(\$1,600,000)	CFE74
2	CC 1033745019	RUIZ KAREN	25-14	30		\$1,632,000	EP5006	30		\$1,632,000	CFE74
Total					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	
Afiliados(1)			PENSION			SALUD			CCF		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo
Sucursal PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	
1	CC 1033745019	RUIZ KAREN	25-14	30		(\$1,600,000)	EP5006	30		(\$1,600,000)	CFE74
2	CC 1033745019	RUIZ KAREN	25-14	30		\$1,632,000	EP5006	30		\$1,632,000	CFE74
Total					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	
Afiliados(1)			PENSION			SALUD			CCF		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo
Sucursal PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	
1	CC 1033745019	RUIZ KAREN	25-14	30		(\$1,600,000)	EP5006	30		(\$1,600,000)	CFE74
2	CC 1033745019	RUIZ KAREN	25-14	30		\$1,632,000	EP5006	30		\$1,632,000	CFE74
Total					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	
Afiliados(1)			PENSION			SALUD			CCF		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo
Sucursal PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	
1	CC 1033745019	RUIZ KAREN	25-14	30		(\$1,600,000)	EP5006	30		(\$1,600,000)	CFE74
2	CC 1033745019	RUIZ KAREN	25-14	30		\$1,632,000	EP5006	30		\$1,632,000	CFE74
Total					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	
Afiliados(1)			PENSION			SALUD			CCF		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo
Sucursal PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	
1	CC 1033745019	RUIZ KAREN	25-14	30		(\$1,600,000)	EP5006	30		(\$1,600,000)	CFE74
2	CC 1033745019	RUIZ KAREN	25-14	30		\$1,632,000	EP5006	30		\$1,632,000	CFE74
Total					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	
Afiliados(1)			PENSION			SALUD			CCF		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo
Sucursal PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	
1	CC 1033745019	RUIZ KAREN	25-14	30		(\$1,600,000)	EP5006	30		(\$1,600,000)	CFE74
2	CC 1033745019	RUIZ KAREN	25-14	30		\$1,632,000	EP5006	30		\$1,632,000	CFE74
Total					\$32,000	\$5,200			\$32,000	\$4,000	



**Tu pago en
APORTES EN LINEA
- Pago de la Planilla
de aportes con
clave: 9492117186
fue aprobado**

No. de autorización

52525853

Valor \$10.600

Desde Ahorros No. **** 1238

Hacia Aportes En Linea - Pago De La Planilla
De Aportes Con Clave: 9492117186 -
Pedido o Factura No. 9492117186

Fecha 22/09/2025
Hora: 08:14 AM

IP de origen 191.156.237.7

Si tienes dudas nos puedes contactar de la siguiente forma:

Línea nacional: +57 01 8000 51 8000

