	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: 2025-06-09**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
LAURA NATHALIA CALDERON SANTAMARIA			
	CON CC: Nº	52,788,597	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO TERAPEUTA RESPIRATORIA ESPECIALIZADO 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 4084 2025	**FECHA INICIO CONTRATO**	01/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 31,369,056	**No. HORAS EJECUTADAS**	9
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 57,835,742	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 263,979
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	8 MESES 29 DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	GSP PSPIC - VSP 6BH CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 29		

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	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: Realizacion de seguimiento a novedades, ampliaciones, caracterizacion, cierres temporales, cierres definitivos de UI y UPGDS, realizacion de articulacion con UYE, intoxicaicones. ETA, transmisibles EPV, huerfanas, garantizando ajustes pertinenentes. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\Sivigila2025$\250_46_8_PRODUCTOS_GESTION\14. ASISTENCIAS_TECNICAS
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realzia actualizacon de cronograma del mes de agosto 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): https://subredcentrooriente-my.sharepoint.com/:x:/r/personal/givspcentrooriente_subredcentrooriente_gov_co/_layouts/15/Doc.aspx?sourcedoc=%7B00F92899-0696-44F1-8C19-7E693AE2CC32%7D&file=CRONO_AGOSTO_2025.xlsm&action=default&mobileredirect=true
3	1. OBLIGACIÓN: Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes que se solicite conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizacion de seguimiento a novedades, ampliaciones, caracterizacion, cierres temporales, cierres definitivos de UI y UPGDS, realizacion de articulacion con UYE, intoxicaicones. ETA, transmisibles EPV, huerfanas, garantizando ajustes pertinenentes. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\Sivigila2025$\250_46_8_PRODUCTOS_GESTION\14. ASISTENCIAS_TECNICAS
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: Realizacion de seguimiento a novedades, ampliaciones, caracterizacion, cierres temporales, cierres definitivos de UI y UPGDS, realizacion de articulacion con UYE, intoxicaicones. ETA, transmisibles EPV, huerfanas, garantizando ajustes pertinenentes. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\Sivigila2025$\250_46_8_PRODUCTOS_GESTION\14. ASISTENCIAS_TECNICAS
5	1. OBLIGACIÓN: Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad de datos (integridad, oportunidad, consistencias, exactitud) desde su perfil profesional y conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizacion de seguimiento a novedades, ampliaciones, caracterizacion, cierres temporales, cierres definitivos de UI y UPGDS, realizacion de articulacion con UYE, intoxicaicones. ETA, transmisibles EPV, huerfanas, garantizando ajustes pertinenentes. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\Sivigila2025$\250_46_8_PRODUCTOS_GESTION\14. ASISTENCIAS_TECNICAS
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: Realizacion de seguimiento a novedades, ampliaciones, caracterizacion, cierres temporales, cierres definitivos de UI y UPGDS, realizacion de articulacion con UYE, intoxicaicones. ETA, transmisibles EPV, huerfanas, garantizando ajustes pertinenentes. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\Sivigila2025$\250_46_8_PRODUCTOS_GESTION\14. ASISTENCIAS_TECNICAS
7	1. OBLIGACIÓN: . Desarrollar procesos de asistencia técnica desde los diferentes procesos del Plan de Intervenciones Colectivas conforme a su saber disciplinar y profesional, en función de los requerimientos de los entornos y procesos transversales. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizacion de seguimiento a novedades, ampliaciones, caracterizacion, cierres temporales, cierres definitivos de UI y UPGDS, realizacion de articulacion con UYE, intoxicaicones. ETA, transmisibles EPV, huerfanas, garantizando ajustes pertinenentes. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\Sivigila2025$\250_46_8_PRODUCTOS_GESTION\14. ASISTENCIAS_TECNICAS

8	1. OBLIGACIÓN: Realizar las intervenciones epidemiológicas de campo, bloqueo y búsqueda activa comunitaria de los eventos de interés en salud pública, según demanda nuevo VSP. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizacion Ampliaciones a Sonria S.A.S, Clinica Loyoya, Daniel hernandez, Casa Violeta, IPS Aequss medicina preventiva, 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\Sivigila2025$\250_46_8_PRODUCTOS_GESTION\14. ASISTENCIAS_TECNICAS
9	1. OBLIGACIÓN: Orientar técnica y operativamente las actividades que adelante el equipo de la línea de intervención, subsistema y/o estrategia del proceso transversal o entorno asignado en la construcción de los diferentes productos, actividades y/o metas conforme a los anexos y lineamientos técnicos. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizacion de seguimiento a novedades, ampliaciones, caracterizacion, cierres temporales, cierres definitivos de UI y UPGDS, realizacion de articulacion con UYE, intoxicaicones. ETA, transmisibles EPV, huerfanas, garantizando ajustes pertinenentes. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\Sivigila2025$\250_46_8_PRODUCTOS_GESTION\14. ASISTENCIAS_TECNICAS
10	1. OBLIGACIÓN: Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizacion de seguimiento a novedades, caracterizacion, cierres temporales, cierres definitivos de UI Sanavit, Laura Hernandez, Universidad Distrital, UPGDS Mevisalud, Clinica san Francisco de ASIS, Comfasalud, realizacion de articulacion con UYE, intoxicaicones. ETA, transmisibles EPV, huerfanas, garantizando ajustes pertinenentes. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\Sivigila2025$\250_46_8_PRODUCTOS_GESTION\14. ASISTENCIAS_TECNICAS
11	1. OBLIGACIÓN: . Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizacion de seguimiento a novedades, ampliaciones, caracterizacion, cierres temporales, cierres definitivos de UI y UPGDS, realizacion de articulacion con UYE, intoxicaicones. ETA, transmisibles EPV, huerfanas, garantizando ajustes pertinenentes. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\Sivigila2025$\250_46_8_PRODUCTOS_GESTION\14. ASISTENCIAS_TECNICAS
12	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: Realizacion de seguimiento a novedades, ampliaciones, caracterizacion, cierres temporales, cierres definitivos de UI y UPGDS, realizacion de articulacion con UYE, intoxicaicones. ETA, transmisibles EPV, huerfanas, garantizando ajustes pertinenentes. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\Sivigila2025$\250_46_8_PRODUCTOS_GESTION\14. ASISTENCIAS_TECNICAS
13	1. OBLIGACIÓN: El contratista se obliga a que las glosas que se generen por incumplimiento de las obligaciones contractuales y de acuerdo a los hallazgos que identifique el equipo de seguimiento y/o interventoría del FFDS_SDS al Convenio Interadministrativo PSPIC (conforme al anexo de CRITERIOS DE GLOSA), serán causal de inicio de apertura de procedimiento administrativo sancionatorio de incumplimiento contractual. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Diligenciamiento y entrega de preauditoria a lider del proceso, entrega y archivos en las carpetas institucionales de listados de asistencia de las diferentes actas realizadas. En el mes de agosto se presento seguimiento a auditoria. en el periodo abril y mayo 2025 se deja glosa por gestion de la informacion. \172.26.33.40\Sivigila2025$\250_46_8_PRODUCTOS_SIVIGILA 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\Sivigila2025$\250_46_8_PRODUCTOS_GESTION\14. ASISTENCIAS_TECNICAS
14	1. OBLIGACIÓN: Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizacion Ampliaciones a Sonria S.A.S, Clinica Loyoya, Daniel hernandez, Casa Violeta, IPS Aequss medicina preventiva, 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\Sivigila2025$\250_46_8_PRODUCTOS_GESTION\14. ASISTENCIAS_TECNICAS

III. 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 01/08/2025 al 31/08/2025

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	7983140003	**OPERADOR:**	SOI

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	15/08/2025	$ 287,900
PENSIÓN:	PROTECCION	15/08/2025	$ 368,500
RIESGOS LABORALES:	SURA	15/08/2025	$ 56,200
OTRO			
TOTAL PAGADO			**$ 712,600**

V. 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.	
VI. ANEXOS (Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)	
Anexar evidencias fotograficasy/o documentales que soporten las acividades realizadas en el periodo correspondiente	
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	**LAURA NATHALIA CALDERON SANTAMARIA** **CC: 52788597**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	**OLGA LUCIA FORERO GONZALEZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**MARIA CRISTINA DUARTE GARZON** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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 CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-014** **VERSIÓN: 7** **FECHA: 2025-06-09**

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/09/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	LAURA NATHALIA CALDERON SANTAMARIA	**CC:**	52,788,597
CORREO ELECTRÓNICO:	nathis77@gmail.com	**TELÉFONO:**	3157002396
DIRECCIÓN DOMICILIO:	AC 22 89 54	**CIUDAD:**	BOGOTÁ

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 DAVIVIENDA	**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**N° CUENTA:**	006970500002

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO			
N° DEL CONTRATO:	PS 4084 2025	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**	$ 263,979
FECHA DE INICIO CONTRATO	01/01/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**	30/09/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	1/08/2025 AL 31/08/2025		

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LAURA NATHALIA CALDERON SANTAMARIA
CC: 52,788,597
CEL: 3157002396

SOI Pagos de Seguridad Social

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52788597
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LAURA NATALIA CALDERON SANTAMARIA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	AV CALLE 22 89 64 INT 1 APT 101	TELÉFONO:	7000000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7983140003**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES julio AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES julio AÑO	2025
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/08/15	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1703408132

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 368.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 368.500	$ 0	$ 368.500
SUBTOTALES:										$ 368.500	$ 0	$ 368.500

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 287.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 287.900	$ 0	$ 0	$ 287.900
SUBTOTALES:													$ 287.900	$ 0	$ 0	$ 287.900

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 56.200	$ 56.200	$ 0	$ 0	$ 56.200
SUBTOTALES:									$ 56.200	$ 0	$ 0	$ 56.200

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	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
1	CC 52788597	CALDERON SANTAMARIA LAURA NATHALIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.303.000			NO								01-30									

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	230201-PROTECCION	30	$ 2.303.000	$ 368.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 368.500

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
1	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 2.303.000	$ 287.900	$ 0	$ 287.900

SEGURIDAD SOCIAL — ARP

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.303.000	52788597	$ 56.200

PARAFISCALES

Nº	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO:	$ 712.600

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52788597
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LAURA NATALIA CALDERON SANTAMARIA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	AV CALLE 22 89 54 INT 1 APT 101	TELÉFONO:	7000000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**7983140003**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES: julio	PERIODO COTIZACIÓN	MES: julio		
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD:	AÑO: 2025		
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/08/15	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1703468132		

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
							X									

Planilla Pagada

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002297390	230201	230201- PROTECCION	1	$ 368.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 368.500**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8000887022	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 287.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 287.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 56.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 56.200**

VALOR SIN MORA:	**$ 712.600**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 712.600**

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
1703468132

Destino de pago
SOI ACH

Motivo
Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales

Fecha
15/08/2025

Número de aprobación
00468132

Dirección IP
191.95.51.119

Valor transacción
$ 712.600,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
10.80.25.153	CC	52788597

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

DAVIVIENDA