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: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**MICHEL NICOL LEMUS HERNANDEZ**			**CC:**	**1001274963**
CORREO ELECTRÓNICO:	**NCLH1904@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3229425520**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 4D 52B 62 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488430741378**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7638 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.673.000**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/14**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/11/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30**				

MICHEL NICOL LEMUS HERNANDEZ
PS_7638_2025_3E9D7A

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MICHEL NICOL LEMUS HERNANDEZ
CC: 1001274963
CEL: 3229425520

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 INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION 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			
MICHEL NICOL LEMUS HERNANDEZ			
	CON C.C N°	**1.001.274.963**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR TECNICO MAS BIENESTAR 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 DESARROLLO DEL CONVENIO MAS BIENESTAR		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 7638 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/14**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 1.788.480	**No. HORAS EJECUTADAS**	**165**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 4.769.280	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.673.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANA MARGARET RABA SIERRA		

ITEM	**II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO** **(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)**
1	OBLIGACION 1: PRESTAR SUS SERVICIOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 1.1 actividades desarrolladas: Desarrollé actividades del convenio con profesionalismo y eficiencia, Cumplí con los plazos y fechas establecidas para cada actividad, Garanticé la calidad de los servicios prestados, implemente caracterización y plan de bienestar enfocadas en la promoción de la salud mental y la prevención de factores de riesgo a los pacientes adultos mayores, etc.) dentro del territorio asignado por el Equipo Básico Extramural. 1.2 productos, evidencias: 100% de validación de cabezote del link de asignación de pacientes y la descarga del aplicativo Gitaps.
2	OBLIGACION 2: PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR, ADICIONALMENTE CON LA FINALIZACION DEL MES SE DEBE ENTREGAR UN INFORME DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS PARA LA EJECUCION DE SUS ACTIVIDADES. 2.1 actividades desarrolladas: Elaboré y presenté un cronograma de actividades mensual, donde me aseguré de que el informe fuera completo y preciso 2.2 productos, evidencias: entregue en las fechas estipuladas los formatos de cada uno de los usuarios abordados al técnico administrativo
3	OBLIGACION 3: APOYAR LA PRESTACION DE SERVICIOS EN EL DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, PRESENTANDO LA INFORMACION Y/O SOPORTES QUE SE SOLICITE CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TECNICOS DEL CONVENIO VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 3.1 actividades desarrolladas: Apoyé la prestación de servicios en el convenio, presenté la información y/o soportes que se solicitaron conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio, entregue y diligencie los formatos de seguimiento y la información solicitada de cada uno de los usuarios abordados. 3.2 productos, evidencias: entregue en las fechas estipuladas de los formatos de cada uno de los usuarios al técnico administrativo, 100% de validación de cabezote del link de asignación de pacientes y la descarga del aplicativo Gitaps.
4	OBLIGACION 4: 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 HABILITACION Y ACREDITACION DE SERVICIOS DE SALUD. 4.1 actividades desarrolladas: Apoyé las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad, Realicé la revisión y ajuste de los registros de seguimiento y formatos de del usuario abordado para garantizar el cumplimiento de los estándares de oportunidad, suficiencia y pertinencia de la información. 4.2 productos, evidencias: entregue en las fechas estipuladas de los formatos de cada uno de los usuarios al técnico administrativo, 100% de validación de cabezote del link de asignación de pacientes y la descarga del aplicativo Gitaps.
5	OBLIGACION 5: REALIZAR APROPIACION CONCEPTUAL DESDE SU PERFIL CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TECNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 5.1 actividades desarrolladas: Realicé apropiación conceptual desde mi perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio, Me aseguré de entender y aplicar los lineamientos técnicos del convenio, aplique instrumentos de tamizaje con los indicadores del convenio para identificar necesidades, riesgos, o condiciones de salud mental del usuario abordado 5.2 productos, evidencias: descarga de archivo plano del aplicativo Gitaps y formato de planillas de firma de cada uno de los usuarios abordados

6	OBLIGACION 6: DESARROLLAR PROCESOS DE ASISTENCIA TECNICA DESDE LOS DIFERENTES PROCESOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES CONFORME A SU SABER DISCIPLINAR Y PROFESIONAL, EN FUNCION DE LOS REQUERIMIENTOS PROCESOS TRANSVERSALES. 6.1 actividades desarrolladas: Desarrollé procesos de asistencia técnica desde los diferentes procesos del convenio, aporté conocimientos y experiencias en función de los requerimientos y procesos transversales, implemente planes de bienestar con cada uno de los pacientes abordados 6.2 productos, evidencias: listados y firma de asistencia
7	OBLIGACION 7: REALIZAR LA REVISION, ALISTAMIENTO Y ENTREGA CON CALIDAD DE CADA UNO DE LOS FORMATOS, DOCUMENTOS, BASES O INFORMES GENERADOS COMO RESULTADO DE LAS ACCIONES O INTERVENCIONES REALIZADAS EN CUMPLIMIENTO A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TECNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 7.1 actividades desarrolladas: Revisé y alisté los formatos y documentos generados, Entregué los formatos y documentos con calidad y oportunidad, Me aseguré de que los formatos y documentos fueran completos y precisos, entregue y diligencie los formatos de seguimiento y la información solicitada de cada uno de los usuarios abordados. 7.2 productos, evidencias: entregue en las fechas estipuladas de los formatos de cada uno de los usuarios al técnico administrativo, 100% de validación de cabezote del link de asignación de pacientes y la descarga del aplicativo Gitaps.
8	OBLIGACION 8: PARTICIPAR Y GESTIONAR LOS ACERCAMIENTOS COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES QUE SE REQUIERAN, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE CADA PROCESO. 8.1 actividades desarrolladas: Me aseguré de establecer relaciones efectivas con la comunidad, Promoví en los usuarios herramientas de autocuidado que favorecen su salud. 8.2 productos, evidencias: descargue de los archivos planos del aplicativo Gitaps del abordaje de cada uno de los pacientes asignados
9	OBLIGACION 9: ACTIVAR Y NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERES EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES. 9.1 actividades desarrolladas: Activé y notifiqué los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de mis intervenciones, Me aseguré de que los eventos fueran notificados de manera oportuna y precisa, realicé notificación oportuna a los subsistemas de acuerdo a la necesidad del paciente abordado 9.2 productos, evidencias: reporte oportuno de fichas de notificación
10	OBLIGACION 10: PARTICIPAR EN LAS ASISTENCIAS TECNICAS CONVOCADAS POR SDS DE ACUERDO CON LOS PROCESOS ASIGNADOS Y CONFORME A LAS ACTIVIDADES, METAS Y PRODUCTOS ESTABLECIDOS EN LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TECNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 10.1 actividades desarrolladas: Participé en las asistencias técnicas convocadas por la SDS, oportuna y responsable a las reuniones y asistencias técnicas convocadas durante el mes 10. 2 productos, evidencias: fui a las reuniones programas con su debido cumplimiento en el horario establecido con la firma de asistencia
11	OBLIGACION 11: ORGANIZAR EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACION GENERADA DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCION DOCUMENTAL. 11.1 actividades desarrolladas: Organicé el archivo de la documentación generada de acuerdo con la normatividad y tabla de retención documental, Me aseguré de que la documentación estuviera organizada y fuera fácilmente accesible 11.2 productos, evidencias: entregue en las fechas estipuladas de los formatos de cada uno de los usuarios abordados al técnico administrativo
12	OBLIGACION 12: REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISION. 12.1 actividades desarrolladas: Realicé las demás obligaciones que se relacionaron con el objeto del contrato, Cumplí con las solicitudes y requerimientos de la supervisión 12.2 productos, evidencias: entregue en las fechas estipuladas de los formatos de cada uno de los usuarios al técnico administrativo, 100% de validación de cabezote del link de asignación de pacientes y la descarga del aplicativo Gitaps
13	OBLIGACION 13: REALIZAR CARACTERIZACION SOCIODEMOGRÁFICA A COMPLETITUD, CON CALIDAD Y VERACIDAD REALIZANDO LOS TAMIZAJES CORRESPONDIENTES SEGÚN LINEAMIENTO EN EL DESARROLLO DE LA CARACTERIZACION (APGAR, TOMA DE MEDIDAS ANTROPOMETRICAS SEGÚN RESOLUCION 3280-2018, OMS, FINDRISC, CUESTIONARIO DE EPOC Y PLANILLA DE FIRMAS), TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS SON SUJETOS DE AUDITORÍA. 13.1 actividades desarrolladas: cumplí con los estándares de consulta establecidos, Realicé las caracterizaciones, seguimientos y atenciones de acuerdo con los lineamientos técnicos del convenio aplicando los tamizajes pertinentes a cada uno de los usuarios abordados 13.2 productos, evidencias: entregue en las fechas estipuladas de los formatos de cada uno de los usuarios al técnico administrativo, 100% de validación de cabezote del link de asignación de paciente, ruteo y la descarga de los archivos planos del aplicativo Gitaps.
14	OBLIGACION 14: DILIGENCIAR LA INFORMACION DE LA CARACTERIZACION SOCIODEMOGRÁFICA EN EL APLICATIVO GTAPS DE LA SDS DIARIAMENTE A COMPLETITUD, CON VERACIDAD Y CALIDAD DEL DATO DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS DE LA INTERVENCION, TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS SON SUJETOS DE AUDITORÍA. 14.1 actividades desarrolladas: cumplí con el diligenciamiento oportuno y los estándares de consulta establecidos, dentro de los tiempos solicitados de acuerdo con los lineamientos técnicos del convenio con una información clara y veraz 14.2 productos, evidencias: entregue en las fechas estipuladas de los formatos de cada uno de los usuarios al técnico administrativo, 100% de validación de cabezote del link de asignación de paciente, ruteo y la descarga de los archivos planos del aplicativo Gitaps.
15	OBLIGACION 15: PRESENTAR EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES E INSUMOS PREPARADOS (MAPAS BASE, MATRICES, CARTOGRAFÍA, DATOS CATASTRALES Y POBLACIONALES). 15.1 actividades desarrolladas: Elaboré y presenté un cronograma de actividades mensual, donde me aseguré de que el informe fuera completo y preciso, de igual manera prepare los insumos de trabajo para mi desarrollar diario 15.2 productos, evidencias: entregue en las fechas estipuladas los formatos de cada uno de los usuarios abordados al técnico administrativo

16	OBLIGACION 16: PRESENTAR MAPA CON REGISTRO DEL EJERCICIO DE CARTOGRAFÍA REALIZADO POR EL GESTOR. · MATRIZ DE INFORMACION CUANTITATIVA Y CUALITATIVA, CON EL REGISTRO REALIZADO POR PARTE DEL GESTOR. 16.1 actividades desarrolladas: presente de manera oportuna y con los estándares requeridos el mapa con el ejercicio de cartografía, dentro de los tiempos solicitados de acuerdo con los lineamientos técnicos del convenio con una información clara y veraz 16.2 productos, evidencias: entregue en las fechas estipuladas los formatos de cada uno de los usuarios al técnico administrativo, 100% de validación de cabezote del link de asignación de paciente, ruteo y la descarga de los archivos planos del aplicativo Gitaps.
17	OBLIGACION 17: PARTICIPAR EN EL COMITE TERRITORIAL EN EL QUE PARTICIPA TODO EL EQUIPO REVISION Y ANÁLISIS DE INFORMACION (CARTOGRAFÍA, MATRIZ, INFORME Y CONCLUSIONES DE COMITE DE CUIDADO). 17.1 actividades desarrolladas: Participé en el comité territorial oportuna y responsable 17. 2 productos, evidencias: fui a las reuniones programas con su debido cumplimiento en el horario establecido con la firma de asistencia
18	OBLIGACION 18: REALIZAR EL REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES EN INSTRUMENTOS DEFINIDOS PARA CAPTURA DE INFORMACION CON CALIDAD (PLANILLA DE FAMILIAS CON CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ATENCION INICIAL DESDE ABORDAJE TERRITORIAL, APLICATIVO EN LÍNEA DEFINIDO POR SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD). 18.1 actividades desarrolladas: diligencié la información de la atención en los aplicativos GTAPS de la SDS y link de asignación de usuarios, Me aseguré de que la información fuera completa, veraz y precisa 18.2 productos, evidencias: diligencie 100% de validación de cabezote del link de asignación de pacientes y la descarga de los archivos planos del aplicativo Gitaps.
19	OBLIGACION 19: GESTIONAR Y ACTIVAR LOS RIESGOS EN SALUD IDENTIFICADOS CON OPORTUNIDAD A TRAVES DEL AGENDAMIENTO, ACTIVACIONES DE RUTA O FORMATOS DE NOTIFICACION DE EVENTOS DE INTERES EN SALUD PÚBLICA SEGÚN CORRESPONDA. 19.1 actividades desarrolladas: Activé y gestiones los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de mis intervenciones, identificando de manera oportuna los riesgos en salud y me aseguré de que los eventos fueran notificados de manera oportuna y precisa, realicé la gestión oportuna a los subsistemas de acuerdo a la necesidad del paciente abordado 19.2 productos, evidencias: descarga de los archivos planos del aplicativo Gitaps.
20	OBLIGACION 20: CUMPLIR, SEGÚN SU PERFIL Y RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, CON TODAS LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL ANEXO TECNICO DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR VIGENTE, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED, ASÍ COMO CON LOS LINEAMIENTOS TECNICOS Y OPERATIVOS QUE DE ESTE SE DERIVEN. 20.1 actividades desarrolladas: Me aseguré de que se cumplieran los lineamientos técnicos y operativos que se derivaron del convenio. 20.2 productos, evidencias: entregue en las fechas estipuladas de los formatos de cada uno de los usuarios al técnico administrativo, 100% de validación de cabezote del link de asignación de pacientes y la descarga de los archivos planos del aplicativo Gitaps.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE 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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9493891831	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2025/11/18	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/18	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/11/18	$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 440.500

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 calculo 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 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.	
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	*MICHEL NICOL LEMUS HERNANDEZ* *PS_7638_2025_3E9D7A* **MICHEL NICOL LEMUS HERNANDEZ** **CC: 1001274963**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA* *PS_7638_2025_3E9D7A* **SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANA MARGARET RABA SIERRA* *PS_7638_2025_3E9D7A* **ANA MARGARET RABA SIERRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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 1001274963		LEMUS HERNANDEZ MICHEL NICOL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 4d # 52	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3229425520	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1931493741	9493891831	I	2025/11/18	2025/11/18	BANCO DAVIVIENDA	0	$440,500

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
1	CC	1001274963 LEMUS MICHEL	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS037	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,423,500	$34,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$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 1001274963		LEMUS HERNANDEZ MICHEL NICOL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 4d # 52	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3229425520	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1931493741	9493891831	I	2025/11/18	2025/11/18	BANCO DAVIVIENDA	0	$440,500

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
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$0	$0	$34,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$34,700	$0	$0	$34,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$440,500	$0	$0	$440,500

Compra APORTES EN LINEA

Valor
$440.500,00 COP

Nº de aprobación
3149374-1

Canal
Zona de Pagos PSE

Fecha y hora
15 nov., 2025
12:04 pm

Origen

Cuenta de Ahorros

0550 4884 3074 1378

MICHEL NICOL LEMUS HE...

Destino

APORTES EN LINEA

**** |

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de l

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por	
☐	PS_7638_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	PS_7638_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	Proveedor	D

Bor

Cancelar

< Evaluación de l