

 SECRETARÍA GENERAL	INFORME DE SUPERVISION DE CONTRATOS PARA PRESTACION DE SERVICIOS – BIENES Y SUMINISTROS	VERSIÓN	001
		FECHA DE APROBACIÓN	2024-01-31

Nota: (Diligenciar los cuadros con la información del contrato y acta de inicio)

Informe de Supervisión No:	04
Contrato No:	202502804

1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO

Contratista:	MAYRA ALEJANDRA PEREA OVALLE		
Identificación:	CC 1001778652		
Tipo de Contrato:	PRESTACION DE SERVICIOS		
Nombre del Supervisor:	OLINDA OÑORO JIMENEZ		
Objeto del Contrato:	OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS QUE SE LLEVAN A CABO EN LA SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA, CON EL FIN DE MEJORAR LA ATENCIÓN EN LA SALUD MENTAL EN LOS 22 MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO.		
Plazo de Ejecución:	CLÁUSULA CUARTA. - PLAZO DEL CONTRATO: El plazo para la ejecución del contrato será hasta el 31 de diciembre de 2025, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución.		
Numero de Certificación de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)	202502211	Fecha de C.D.P.	2025 / 08 / 27
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	202506739	Fecha del R.P.	2025 / 09 / 26
Valor del Contrato	Contrato Inicial	\$ 16.800.000	
	Adición 1	\$	
	Adición 2	\$	
	Adición 3	\$	
	Total	\$ 16.800.000	
Fecha de inicio del contrato	Fecha de terminación del contrato	Fecha de Suspensión del contrato	Fecha de reinicio
26/09/2025	31/12/2025		

1.1 MODIFICACIONES DEL CONTRATO

(Relacionar Adiciones y/u Otro sí, Si aplica)

DOCUMENTO	FECHA SUSCRIPCION AAA/MM/DD	PRÓRROGA DEL PLAZO (meses y/o días)	ADICIÓN VALOR (\$)	OBSERVACIÓN

2. GARANTIAS CONSTITUIDAS POR EL CONTRATISTA (según se establezcan en el Contrato)

Nota: Aplica solo para Informes de supervisión de Bienes y suministros.

Aseguradora	No de Póliza	Actualización de Póliza (En caso que aplique)	Amparos	Vigencia	
				Desde (yyyy-mm-dd)	Hasta (yyyy-mm-dd)
			Calidad del servicio		
			Cumplimiento		
			Anticipo		
			Pago anticipado		

 SECRETARÍA GENERAL	INFORME DE SUPERVISION DE CONTRATOS PARA PRESTACION DE SERVICIOS – BIENES Y SUMINISTROS	VERSIÓN	001
		FECHA DE APROBACIÓN	2024-01-31

			Calidad y correcto funcionamiento de los bienes y equipos suministrados		
			Salarios y prestaciones		
			Responsabilidad Civil Extracontractual		
			Otros		

3. ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO (*)

DESCRIPCIÓN		VALOR
Valor del Contrato Inicial		\$16.800.000
Adición No. 1		\$
Adición No. 2		\$
Adición No. 3		\$
Valor Total del contrato		\$16.800.000
Porcentaje del Anticipo	%	\$
Porcentaje del Pago anticipado	%	\$
Valor Amortizado del Anticipo		\$
Valor Ejecutado del Contrato		\$16.800.000
Valor por ejecutar		\$0
Valor a pagar en el presente Informe		\$4.800.000
No. Factura o Cuenta de Cobro		04

4. INFORMACION SOBRE AVANCE DEL CONTRATO

4.1 SERVICIOS Y/O PRODUCTOS RECIBIDOS A SATISFACCIÓN CORRESPONDIENTES AL PERIODO DE D I C I E M B R E DE 2025. (No aplica para personas jurídicas – No establecer periodo)

Las actividades desarrolladas por el contratista en el periodo descrito anteriormente, relacionadas con cada una de las obligaciones específicas establecidas en los estudios previos de la contratación se desagregan a continuación y así mismo se detallan las evidencias o soportes, con lo cual se verifica el cumplimiento a satisfacción de la obligación establecida:

Detalle de las Actividades Realizadas-	
Obligación	Producto
Realizar seguimiento y monitoreo al 100% de los casos reportados en SIVIGILA de intentó suicida y consumo de sustancia psicoactiva a NNAJ de 7 a 21 años, por Comisarias de familia, ICBF, líneas de atención nacional, Instituciones educativas y otras entidades, en el marco del programa de orientación y acompañamiento familiar POAF.	Se Realizará seguimiento y monitoreo al 100% de los casos reportados en SIVIGILA de intentó suicida y consumo de sustancia psicoactiva a NNAJ de 7 a 21 años, en el marco del programa de orientación y acompañamiento familiar POAF.
Realizar acompañamiento y seguimiento individual y familiar el 100% de los casos reportados de niños, Niñas y adolescentes, que consultan en la línea de salud mental del Departamento del atlántico y que se encuentran notificados en el SIVIGILA, que presentan cualquier problemática en salud mental, según protocolo establecido para tal fin.	Se Realizará acompañamiento y seguimiento individual y familiar el 100% de los casos reportados de niños, Niñas y adolescentes, que consultan en la línea de salud mental del Departamento del atlántico y que se encuentran notificados en el SIVIGILA, que presentan cualquier problemática en salud mental, según protocolo establecido para tal fin.
Orientar y gestionar la atención de la población objeto, en sus EAPB, y según los municipios asignados.	Se Orientará y gestionará la atención de la población objeto, en sus EAPB, y según los municipios asignados.

 SECRETARÍA GENERAL	INFORME DE SUPERVISION DE CONTRATOS PARA PRESTACION DE SERVICIOS – BIENES Y SUMINISTROS	VERSIÓN	001
		FECHA DE APROBACIÓN	2024-01-31

Realizar visitas domiciliarias a los hogares a la población de niños, niñas, adolescentes, objeto de seguimiento, según se amerite.	Se Realizará visitas domiciliarias a los hogares a la población de niños, niñas, adolescentes, objeto de seguimiento, según se amerite.
Realizar informes semanales y/o quincenales sobre los seguimientos de los casos, según lo requiera supervisor.	Realizare informes semanales y/o quincenales sobre los seguimientos de los casos, según lo requiera supervisor.
Realizar las coordinaciones necesarias en el sistema de salud, desde las Secretarías Municipales de Salud, EAPB, y otras entidades como comisarías de familia, ICBF y sector educativo, para lograr la atención integral de los niños, niñas y adolescentes, y familias.	Realizare las coordinaciones necesarias en el sistema de salud, desde las Secretarías Municipales de Salud, EAPB, y otras entidades como comisarías de familia, ICBF y sector educativo, para lograr la atención integral de los niños, niñas y adolescentes, y familias.
Apoyar en las contingencias que se presenten en la línea de atención de salud mental según lo requiera supervisor o el referente del programa.	Apoyare las contingencias que se presenten en la línea de atención de salud mental según lo requiera supervisor o el referente del programa.
Brindar apoyo psicosocial presencial, virtual o telefónico al 100% de las solicitudes, a través de la línea de atención para la orientación e intervención en crisis en violencia intrafamiliar, suicidio, consumo de sustancias psicoactivas y salud mental.	Brindare apoyo psicosocial presencial, virtual o telefónico al 100% de las solicitudes, a través de la línea de atención para la orientación e intervención en crisis en violencia intrafamiliar, suicidio, consumo de sustancias psicoactivas y salud mental.
Recibir llamadas de casos que ameriten atención en Salud Mental con énfasis en suicidio y otras problemáticas de Salud Mental.	Recibiré llamadas de casos que ameriten atención en Salud Mental con énfasis en suicidio y otras problemáticas de Salud Mental.
Hacer acompañamiento a los casos según cada uno lo amerite (de intento de suicidio y otras problemáticas de Salud Mental).	Se realizará acompañamiento a los casos según cada uno lo amerite (de intento de suicidio y otras problemáticas de Salud Mental).
Diligenciar los registros requeridos y Presentar informes que se requieran.	Diligenciare todos los registros requeridos para presentar los informes que se requieran.
Apoyar la gestión de la atención integral de los casos ante el prestador o asegurador.	Apoyare la gestión para la atención integral de los casos ante el prestador o asegurador que corresponda.
Participar en los comités y reuniones para los cuales sea designado.	Participare en los comités y reuniones para los cuales sea designado.
Realizar todas aquellas actividades que le sean asignadas por parte del supervisor del contrato.	Realizare todas aquellas actividades que me sean asignadas por parte del supervisor del contrato.

LINK DRIVE: https://drive.google.com/drive/folders/1Y4cLdDsefsvnBqbUuGq5VPnkKwtOOU2h?usp=drive_link
 NOTA: Se relacionan las actividades realizadas por el contratista durante el plazo de ejecución del contrato.

5. NOVEDADES O SITUACIONES ANORMALES PRESENTADAS DURANTE EL DESARROLLO DEL CONTRATO

 SECRETARÍA GENERAL	INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS PARA PRESTACION DE SERVICIOS – BIENES Y SUMINISTROS	VERSIÓN	001
		FECHA DE APROBACIÓN	2024-01-31

Durante el presente período no se han presentado novedades o situaciones anormales que afecten el desarrollo del contrato.

(En caso contrario describir la situación y las acciones de la supervisión)

6. RESUMEN DE ACTIVIDADES REALIZADAS POR LA SUPERVISIÓN.

- Seguimiento financiero y presupuestal del contrato.
- Conformación, actualización y seguimiento del expediente con la documentación relacionada con la ejecución del contrato.
- Verificación del pago de Estampillas
- Verificación de la vigencia de la garantía exigida en el contrato.
- Verificación y aprobación de los soportes necesarios para el pago.
- Expedición de la certificación del recibo a satisfacción correspondiente al periodo descrito, de conformidad con el servicio recibido.
- Trámite de reconocimiento y pago de honorarios ante la Oficina de Contabilidad

Y todas las demás obligaciones del contrato establecidas en los Estudios Previos, Anexos, y el Manual de Contratación.

7. CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA RELACIONADAS CON EL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y APORTES PARAFISCALES (Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, Leyes 828 de 2003, 1122 de 2007, 1150 de 2007 y 1562 de 2012, Decretos 1072 de 2015 y 1273 de 2018 y demás normas concordantes).

OLINDA OÑORO JIMENEZ quien actúa en nombre y representación del Departamento del Atlántico, en calidad de Supervisor, deja constancia que el contratista ejecutó a cabalidad el objeto del contrato conforme a lo señalado en el Estudio previo, y verificó el cumplimiento de las obligaciones del contratista con los sistemas de Seguridad Social Integral en salud, pensiones y riesgos laborales, información que se puede constatar en la planilla, certificación de pago correspondiente al periodo aquí relacionado.

7.1 ANEXO CONTROL DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL (*)

Número de la Cuenta de Cobro	Número de la Planilla	Fecha de Pago Planilla	Valor Total de la Planilla (sin intereses)
01	9492354687	16/10/2025	\$ 632.400
02	9493824835	18/11/2025	\$632.400
03	9495156177	24/11/2025	\$632.400
04	9495156222	24/11/2025	\$632.400
SUMATORIA TOTAL DE LAS PLANILLAS			\$2.529.600

(La sumatoria total de las planillas sin intereses debe ser igual al pago de la seguridad social sobre el 40% del valor del contrato)

NOTA: Aplica para persona natural. Para persona jurídica, anexar certificación del pago de planillas de Seguridad Social por parte del Representante Legal y/o Revisor Fiscal con los soportes asociados.

Se firma en barranquilla, en el mes de Diciembre de 2025.

FIRMA DEL SUPERVISOR

C.C.: 32.834.196 de Baranoa

FIRMA DEL CONTRATISTA

C.C.: (1001778652) de (Barranquilla)

	NOMBRE Y CARGO	DEPENDENCIA
Proyectó	Juan Carlos del Castillo Iglesias / Contratista apoyo administrativo Programa Salud Mental	Subsecretaría de Salud Pública
Reviso	Maria Elena Menco / Referente Programa Salud Mental	Subsecretaría de Salud Pública
Aprobó:	Nadina Casseres / Profesional Administrativo	Subsecretaría de Salud Pública

VALIDACIÓN PLANILLA DE PAGO – MAYRA ALEJANDRA PEREA OVALLE



[Contribución Solidaria](#)
[Certificado de aportes](#)
[Declaración de renta](#)
[Número de planilla](#)
[Pago electrónico](#)
[Soporte de pago](#)

[Verificar planilla](#)

Por favor indique la siguiente información:

Tipo de documento
Cédula de ciudadanía

Número de documento
1001778652

EPS
MUTUAL SER

Valor aportado a EPS
240000

Clave de pago
5455156222

Período de cotización (salud)
2025 12

☐ No soy un robot
 

[Verificar planilla](#)

Verificar planilla

Verifique la validez de un soporte de pago.

La información especificada coincide con un pago registrado en el sistema.

Mayra



ACTA DE COMPROMISO

Entre los suscritos a saber, (**OLINDA OÑORO JIMENEZ**) en mi condición de supervisor del **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 202502804** y **MAYRA ALEJANDRA PEREA OVALLE** en mi condición de contratista, identificado como aparece al pie de la correspondiente firma, se suscribe el presente acuerdo, previa las siguientes consideraciones:

El día 26 del mes de Septiembre de 2025, entre el Departamento del Atlántico y **MAYRA PEREA OVALLE** se suscribió el **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 202502804**, en el cual se estableció como plazo de ejecución será **hasta el 31 de DICIEMBRE de 2025** contado a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución

Que la forma de pago estipulada se pactó de la siguiente forma:

"EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO cancelará el valor del contrato de la siguiente manera: Mediante un primer pago al 30 de septiembre del 2025 por el valor de DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/L (\$ 2.400.000) y tres (3) pagos iguales por un valor de CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/L (\$4.800.000). Cada pago debe estar precedido por la presentación de la factura o cuenta de cobro, recibido a satisfacción por parte del supervisor, acreditación del pago a la seguridad social (salud, pensión y riesgos laborales) y el pago de los impuestos a que haya lugar.

Qué en cumplimiento de la forma de pago pactada, y de conformidad con la Circular con radicado 20250720121013 de fecha 19 de noviembre de 2025, expedida por la Secretaría de Hacienda Departamental, la fecha límite para entregar bienes y recibir a satisfacción, así como la recepción de la documentación y envío de facturas, será hasta el día **VIERNES 05 DE DICIEMBRE DE 2025**; fecha en la cual se realizará el cierre de tesorería, contable y presupuestal 2025. Así las cosas, hasta esta fecha se dará trámite a la gestión de pagos desde la Subsecretaría de Contabilidad, actividad que deberá ser realizada a través de la plataforma denominada "Colombia Gestiona- Siifweb".

Que en virtud de lo anteriormente expuesto y con el fin de cumplir con el pago de los honorarios pactados dentro de la vigencia fiscal 2025, se hace necesario autorizar la



SC-CER627381

NIT: 890.102.006-1
Código Postal: 090003
Código DANE: 08-000

Gobernación del Atlántico
atlantico.gov.co

• atencionalciudadano@atlantico.gov.co
• (57)(S) 330 7103
• Calle 40 carreras 45 y 46 / Barranquilla - Colombia
Línea Gratuita: 01 8000 915 307



GOBERNACIÓN DEL
ATLÁNTICO

comprendido entre el **01 de Diciembre al 31 de Diciembre** atendiendo la fecha límite establecida por el Departamento del Atlántico en la Circular antes mencionada.

Por lo anterior, **MAYRA ALEJANDRA PEREA OVALLE** en mi condición de contratista me comprometo a seguir cumpliendo con las actividades y obligaciones establecidas en el contrato suscrito, especialmente las que deban ejecutarse durante el periodo de **DICIEMBRE** comprendido entre el **01 DE DICIEMBRE AL 31 DE DICIEMBRE DE 2025** y a entregar oportunamente al supervisor el informe de actividades respectivo, con los soportes a que haya lugar.

La presente acta de compromiso se suscribe por quienes en ella han intervenido, en el mes de diciembre de 2025.

OLINDA ONORO
SUPERVISOR

C.C. 32.834.196 de Baranoa

* SP 2024 162

MAYRA PEREA OVALLE
CONTRATISTA

C.C. 1001778652 de Barranquilla



SG-CER627381

NIT: 890.102.006-1
Código Postal: 080003
Código DANE: 08-000

Gobernación del Atlántico



atlantico.gov.co

• atencionalciudadano@atlantico.gov.co
• (57)(5) 330 7103
• Calle 40 carreras 45 y 46 / Barranquilla - Colombia
Línea Gratuita: 01 8000 915 307

INFORME DE ACTIVIDADES

A continuación, me permito relacionar las actividades ejecutadas en el desarrollo de mi objeto contractual en la subsecretaría de salud pública departamental durante el periodo de DICIEMBRE del año 2025.

No	NUMERO DEL CONTRATO Y OBJETO CONTRACTUAL	202502804
		PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS QUE SE LLEVAN A CABO EN LA SUBSECRETARIA DE SALUD PUBLICA EN ATENCION A LA SALUD MENTAL DE LA POBLACION DEL DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO
	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	
	Se Realizará seguimiento y monitoreo al 100% de los casos reportados en SIVIGILA de intentó suicida y consumo de sustancia psicoactiva a NNAJ de 7 a 21 años, en el marco del programa de orientación y acompañamiento familiar POAF.	
	Se Realizará acompañamiento y seguimiento individual y familiar el 100% de los casos reportados de niños, Niñas y adolescentes, que consultan en la línea de salud mental del Departamento del atlántico y que se encuentran notificados en el SIVIGILA, que presentan cualquier problemática en salud mental, según protocolo establecido para tal fin.	
	Se Orientará y gestionará la atención de la población objeto, en sus EAPB, y según los municipios asignados.	
	Se Realizará visitas domiciliarias a los hogares a la población de niños, niñas, adolescentes, objeto de seguimiento, según se amerite.	
	Realizare informes semanales y/o quincenales sobre los seguimientos de los casos, según lo requiera supervisor.	
	Realizare las coordinaciones necesarias en el sistema de salud, desde las Secretarías Municipales de Salud, EAPB, y otras entidades como comisarías de familia, ICBF y sector educativo, para lograr la atención integral de los niños, niñas y adolescentes, y familias.	
	Apoyare las contingencias que se presenten en la línea de atención de salud mental según lo requiera supervisor o el referente del programa.	
	Brindare apoyo psicosocial presencial, virtual o telefónico al 100% de las solicitudes, a través de la línea de atención para la orientación e intervención en crisis en violencia intrafamiliar, suicidio, consumo de sustancias psicoactivas y salud mental.	
	Recibiré llamadas de casos que ameriten atención en Salud Mental con énfasis en suicidio y otras problemáticas de Salud Mental.	
	Se realizará acompañamiento a los casos según cada uno lo amerite (de intento de suicidio y otras problemáticas de Salud Mental).	
	Diligenciare todos los registros requeridos para presentar los informes que se requieran.	
	Apoyare la gestión para la atención integral de los casos ante el prestador o asegurador que corresponda.	
	Participare en los comités y reuniones para los cuales sea designado.	
	Realizare todas aquellas actividades que me sean asignadas por parte del supervisor del contrato.	

Se firma en Barranquilla en Diciembre de 2025

Cordialmente,



MAYRA ALEJANDRA PEREA OVALLE

Contratista

C.C 1001778652 de Barranquilla



Barranquilla, Diciembre 2025 ✓

DOCUMENTO PARA NO OBLIGADOS A FACTURAR No. 04 ✓

EL DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO
NIT: 890.102.006 - 1

DEBE CANCELAR A:

MAYRA ALEJANDRA PEREA OVALLE

C.C 1001778652 de BARRANQUILLA

No Responsable de IVA

LA SUMA DE:

CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/L (\$4.800.000) ✓

POR CONCEPTO DE: OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS QUE SE LLEVAN A CABO EN LA SUBSECRETARIA DE SALUD PUBLICA EN ATENCION A LA SALUD MENTAL DE LA POBLACION DEL DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO

Por el periodo comprendido del mes de Diciembre del 2025, de acuerdo la cláusula tercera del Contrato No. 202502804 ✓

Para efectos tributarios manifiesto bajo la gravedad de juramento que al final del año no tomaré los costos o deducciones asociadas a mis rentas de trabajo, en tal caso le solicito la aplicación de la tabla de retención en la fuente establecida en el artículo 383 del Estatuto Tributario, la cual se aplica a los pagos o abonos en cuenta originados en ingresos por Rentas de Trabajo.

En constancia de lo anterior se firma en Diciembre 2025. ✓

Atentamente,



MAYRA ALEJANDRA PEREA OVALLE

Contratista de Subsecretaria de Salud Pública Secretaria de Salud Departamental
C.C1001778652 de Barranquilla
Dirección: Calle 104 #25-07
E-mail: psimayraperea@gmail.com
Cel: 3005386672



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 1001778652		PEREA OVALLE MAYRA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 10475-07	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3178776	No										
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																		
Periodo		Clave	Tipo	Fecha	Pago													
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor										
2025-12	2025-12	93837019	1	2026/01/15	2025/11/24	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$632,400										
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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,920,000	\$307,200			\$1,920,000	\$240,000			\$1,920,000	\$38,400			\$1,920,000	\$46,800
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,920,000	\$307,200			\$1,920,000	\$240,000			\$1,920,000	\$38,400			\$1,920,000	\$46,800
Ciudad: BARRANQUILLA Deptor: ATLANTICO (1 Afiliados)					\$1,920,000	\$307,200			\$1,920,000	\$240,000			\$1,920,000	\$38,400			\$1,920,000	\$46,800
1	CC 1001778652	PEREA MAYRA	230301	30		\$307,200	ES507	30		\$240,000	CCF05	30		\$38,400	14-25	30		\$46,800
Total Afiliados(1)					\$1,920,000	\$307,200			\$1,920,000	\$240,000			\$1,920,000	\$38,400			\$1,920,000	\$46,800

OK
2025/11/24

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1001778652		PEREA OVALLE MAYRA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 104#25-07	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3178776	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-12	2025-12	93837019	9495156222	1	2026/01/15	2025/11/24	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$632,400
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO		CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$307,200	\$0	\$0	\$307,200
PORVENIR		230301	800,224,808	8	1	\$307,200	\$0	\$0	\$307,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$46,800	\$0	\$0	\$46,800
COLMIENA		14-25	800,226,175	3	1	\$46,800	\$0	\$0	\$46,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$38,400	\$0	\$0	\$38,400
CAJACOPÍ ATLANTICO		CCF05	890,102,044	1	1	\$38,400	\$0	\$0	\$38,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$240,000	\$0	\$0	\$240,000
MUTUAL SER		ESSC07	806,008,394	7	1	\$240,000	\$0	\$0	\$240,000
TOTAL					1	\$632,400	\$0	\$0	\$632,400

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																			
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telfono	Exonerado SEMA e ICBF											
CC 1001778652		PEREA OVALLE MAYRA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 104425-07	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3178776	No											
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																			
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago											
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor										
2025-12	2025-12	93837019	94935156222	I	2026/01/15	2025/11/24	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$632,400										
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																			
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC		
SUCURSAL PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,920,000	\$307,200			\$1,920,000	\$240,000			\$1,920,000	\$38,400			\$1,920,000		
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,920,000	\$307,200			\$1,920,000	\$240,000			\$1,920,000	\$38,400			\$1,920,000		
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					\$1,920,000	\$307,200			\$1,920,000	\$240,000			\$1,920,000	\$38,400			\$1,920,000		
1	CC 1001778652	PEREA MAYRA	Z00001	30		\$307,200	ESSCOP	30		\$240,000	CCF09	30		\$38,400		14-25	30		
Total Afiliados(1)					\$1,920,000	\$307,200			\$1,920,000	\$240,000			\$1,920,000	\$38,400			\$1,920,000		

OK
c. mayra 2025