

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	LAURA MARCELA ALVARADO CORTES			CC:	1010023788
CORREO ELECTRÓNICO:	LAURAMARCELA56@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	3118028129
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 91A 54 29 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	316542455
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 7644 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 364.800	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/10/14	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30				
 LAURA MARCELA ALVARADO CORTES PS_7644_2025_D0D81C NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LAURA MARCELA ALVARADO CORTES CC: 1010023788 CEL: 3118028129					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

LAURA MARCELA ALVARADO CORTES

CON C.C N°

1.010.023.788

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA 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 7644 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/10/14
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 2.517.120	No. HORAS EJECUTADAS	16
----------------------------	--------------	----------------------	----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 44.469.120	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 364.800
--	---------------	---	------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES
---	-----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO
---	---------------------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA
------------------------	---------------------------------

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	1. OBLIGACIÓN: DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES QUE SE GENEREN DIRECTA E INDIRECTAMENTE DEL OBJETO CONTRACTUAL EN LAS UNIDADES DE PRESTACION DE SERVICIOS ASIGNADAS DE ACUERDO CON LA PROGRAMACION DE ACTIVIDADES. 1.1 ACTIVIDAD: REALICÉ VISITAS DOMICILIARIAS, EJECUTÉ SEGUIMIENTOS FAMILIARES, DESARROLLÉ ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y COMUNITARIAS, Y DI CUMPLIMIENTO A LA PROGRAMACIÓN ESTABLECIDA EN LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS ASIGNADAS. 1.2 EVIDENCIA: DILIGENCIÉ PLANES DE CUIDADO FAMILIAR, ELABORÉ REGISTROS DE ATENCIÓN, CONSOLIDÉ FORMATOS DE SEGUIMIENTO Y REGISTRÉ LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN LOS APLICATIVOS INSTITUCIONALES.
---	--

2	2. OBLIGACIÓN: CUMPLIR CON EL OBJETO DEL CONTRATO, COMO REFERENTE DE CIRUGÍA Y HOSPITALIZACION DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA. 2.1 ACTIVIDAD: EJECUTÉ LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL PERFIL ASIGNADO, REALICÉ EL SEGUIMIENTO A LOS CASOS PRIORIZADOS Y GESTIONÉ LAS ACCIONES REQUERIDAS DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA. 2.2 EVIDENCIA: DOCUMENTÉ LAS INTERVENCIONES EFECTUADAS, REGISTRÉ EL SEGUIMIENTO DE LOS CASOS Y CONSERVÉ LOS SOPORTES DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS.
---	---

3	3. OBLIGACIÓN: CUMPLIR CON LAS LEYES, DECRETOS, ACUERDOS, RESOLUCIONES, CIRCULAR DE CUALQUIER ORGANO EXTERNO O REGLAMENTO INTERNO, CODIGO O DIRECTRIZ INTERNA DE LA E.S.E. QUE TENGA RELACION CON LA EJECUCION DEL OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO. 3.1 ACTIVIDAD: CUMPLÍ LA NORMATIVIDAD VIGENTE, APLIQUÉ LOS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES Y DESARROLLÉ MIS ACTIVIDADES CONFORME A LAS DIRECTRICES ESTABLECIDAS POR LA E.S.E. 3.2 EVIDENCIA: APLIQUÉ LOS PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES, MANTUVE LOS REGISTROS CONFORME A LA NORMATIVIDAD Y CONSERVÉ LOS SOPORTES DERIVADOS DE SU CUMPLIMIENTO.
---	---

4	4. OBLIGACIÓN: ACATAR LAS INSTRUCCIONES QUE DURANTE EL DESARROLLO DEL CONTRATO IMPARTA LA SUBRED A TRAVES DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO. 4.1 ACTIVIDAD: ATENDÍ LAS INSTRUCCIONES IMPARTIDAS POR EL SUPERVISOR, IMPLEMENTÉ LOS AJUSTES SOLICITADOS Y EJECUTÉ LAS ACTIVIDADES DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS RECIBIDOS. 4.2 EVIDENCIA: REGISTRÉ LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS, APLIQUÉ LOS AJUSTES REQUERIDOS Y PRESENTÉ LOS SOPORTES SOLICITADOS POR LA SUPERVISIÓN.
---	---

5	5. OBLIGACIÓN: NO ACCEDER A PETICIONES O AMENAZAS DE QUIENES ACTÚEN POR FUERA DE LA LEY CON EL FIN DE HACER U OMITIR ALGÚN HECHO. 5.1 ACTIVIDAD: ACTUÉ CON ÉTICA, TRANSPARENCIA E IMPARCIALIDAD DURANTE LA EJECUCIÓN DE MIS ACTIVIDADES Y ME ABSTUVE DE REALIZAR ACCIONES CONTRARIAS A LA LEY. 5.2 EVIDENCIA: CUMPLÍ LOS PRINCIPIOS ÉTICOS DEL EJERCICIO CONTRACTUAL Y DESARROLLÉ LAS ACTIVIDADES CONFORME A LA NORMATIVIDAD VIGENTE.
---	---

6	6. OBLIGACIÓN: TENER EN CUENTA LAS OBSERVACIONES Y LINEAMIENTOS DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO. 6.1 ACTIVIDAD: IMPLEMENTÉ LAS OBSERVACIONES FORMULADAS POR EL SUPERVISOR Y FORTALECÍ EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS. 6.2 EVIDENCIA: AJUSTÉ LOS REGISTROS Y LAS ACTIVIDADES SEGÚN LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS Y CONSERVÉ LOS SOPORTES CORRESPONDIENTES.
---	---

7	7. OBLIGACIÓN: GARANTIZAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS OFRECIDOS (IDONEIDAD HUMANA, MORAL Y TECNICA. 7.1 ACTIVIDAD: BRINDÉ ATENCIÓN OPORTUNA, HUMANIZADA Y CON CALIDAD TÉCNICA, RESPETANDO LOS PRINCIPIOS ÉTICOS DURANTE LA EJECUCIÓN DE MIS ACTIVIDADES. 7.2 EVIDENCIA: REGISTRÉ LAS ATENCIONES EFECTUADAS, DILIGENCIÉ LOS FORMATOS ESTABLECIDOS Y GARANTICÉ LA CALIDAD DE LOS REGISTROS.
8	8. OBLIGACIÓN: CUMPLIR CON LAS GUÍAS, PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS IMPLEMENTADOS POR LA SUBRED Y DEMÁS CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍAS DE CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL. 8.1 ACTIVIDAD: APLIQUÉ LAS GUÍAS, LOS PROTOCOLOS Y LOS PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES DURANTE LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS. 8.2 EVIDENCIA: DILIGENCIÉ LOS FORMATOS ESTABLECIDOS, REGISTRÉ LAS INTERVENCIONES Y DI CUMPLIMIENTO A LOS LINEAMIENTOS DE CALIDAD.
9	9. OBLIGACIÓN: REALIZAR LAS ACTIVIDADES ENCOMENDADAS RELACIONADAS CON LAS POLÍTICAS DE LA SUBRED RESPECTO AL PROCESO DE ACREDITACION, HABILITACION Y CERTIFICACION EN SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD. 9.1 ACTIVIDAD: PARTICIPÉ EN LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LOS PROCESOS DE ACREDITACIÓN, HABILITACIÓN Y GESTIÓN DE LA CALIDAD. 9.2 EVIDENCIA: APORTÉ LOS SOPORTES DOCUMENTALES REQUERIDOS Y MANTUVE ACTUALIZADOS LOS REGISTROS SOLICITADOS.
10	10. OBLIGACIÓN: ENTREGAR AL SUPERVISOR, UNA VEZ FINALICE EL CONTRATO LOS ARCHIVOS FÍSICOS Y MAGNETICOS QUE SE HUBIEREN GENERADO DURANTE SU EJECUCION. 10.1 ACTIVIDAD: ORGANICÉ LOS ARCHIVOS FÍSICOS Y DIGITALES GENERADOS DURANTE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL PARA SU ENTREGA. 10.2 EVIDENCIA: CONSOLIDÉ LOS SOPORTES DOCUMENTALES Y PREPARÉ LOS ARCHIVOS PARA SU ENTREGA AL SUPERVISOR.
11	11. OBLIGACIÓN: EL CONTRATISTA SERÁ RESPONSABLE ANTE LAS AUTORIDADES COMPETENTES POR LAS ACCIONES U OMISIONES EN EL EJERCICIO DE LAS ACTIVIDADES QUE DESARROLLEN EN VIRTUD DEL PRESENTE CONTRATO, CUANDO CON ELLOS CAUSEN PERJUICIO A LA SUBRED O A TERCEROS. 11.1 ACTIVIDAD: EJECUTÉ MIS ACTIVIDADES CON RESPONSABILIDAD, DILIGENCIA Y APEGO A LOS PRINCIPIOS TÉCNICOS Y LEGALES. 11.2 EVIDENCIA: DOCUMENTÉ LAS ACTUACIONES REALIZADAS Y CONSERVÉ LOS SOPORTES DE LAS INTERVENCIONES EFECTUADAS.
12	12. OBLIGACIÓN: REALIZAR EL PAGO DE LOS APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES, DE CONFORMIDAD CON LA LEY 1955 DE 2019 PLAN DE DESARROLLO 2018 2022, EN SU ARTÍCULO 336 DEROGO ESTOS PRECEPTOS Y EN SU LUGAR ENTRO A REGIR EL ARTÍCULO 244 DE LA MISMA NORMA, RATIFICANDO LO DISPUESTO EN LA LEY 1753 DE 2015, Y DEMÁS NORMAS QUE LO REGLAMENTEN, COMPLEMENTEN O SUSTITUYAN. EL INCUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACION O LA FALSEDAD EN LA MISMA SERÁ CAUSAL DE INCUMPLIMIENTO Y TERMINACION DEL CONTRATO, PARA LO CUAL SE DARÁ TRAMITE AL PROCESO PERTINENTE DE CONFORMIDAD CON EL MANUAL DE CONTRATACION Y ACCIONES LEGALES A QUE HAYA LUGAR. 12.1 ACTIVIDAD: REALICÉ OPORTUNAMENTE EL PAGO DE LOS APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL, DE CONFORMIDAD CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE. 12.2 EVIDENCIA: PRESENTÉ LA PLANILLA INTEGRADA DE LIQUIDACIÓN DE APORTES (PILA) COMO SOPORTE DEL CUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACIÓN.
13	13. OBLIGACIÓN: DESARROLLAR EL PLAN DE CUIDADO FAMILIAR, ACORDE A CRITERIO DE PRIORIZACION Y A LAS CLARIDADES TECNICAS, OPERATIVAS Y METODOLOGICAS RELACIONADAS EN LAS FICHAS TECNICAS. 13.1 ACTIVIDAD: ELABORÉ Y EJECUTÉ PLANES DE CUIDADO FAMILIAR DE ACUERDO CON LOS CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN Y LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS ESTABLECIDOS. 13.2 EVIDENCIA: DILIGENCIÉ LOS PLANES DE CUIDADO FAMILIAR, REGISTRÉ LOS SEGUIMIENTOS Y DOCUMENTÉ LOS COMPROMISOS ESTABLECIDOS CON LAS FAMILIAS.
14	14. OBLIGACIÓN: REALIZAR LA PLANILLA Y EL CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LAS FAMILIAS CON LAS QUE SE INICIAN LOS PLANES DE CUIDADO FAMILIAR O EL FORMATO DE DISENTIMIENTO DE LAS FAMILIAS QUE RECHAZAN LA INTERVENCION. 14.1 ACTIVIDAD: DILIGENCIÉ LA PLANILLA DE ATENCIÓN, GESTIONÉ EL CONSENTIMIENTO INFORMADO Y REGISTRÉ EL DISENTIMIENTO CUANDO LA FAMILIA NO ACEPTÓ LA INTERVENCIÓN. 14.2 EVIDENCIA: ARCHIVÉ LOS FORMATOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, DISENTIMIENTO Y LOS SOPORTES DE INICIO DE LOS PLANES DE CUIDADO FAMILIAR.
15	15. OBLIGACIÓN: VERIFICAR EL ARCHIVO PLANO DE RUTEO, DONDE SE EVIDENCIE LA GESTION FINAL DEL CASO. 15.1 ACTIVIDAD: VERIFIQUÉ EL ARCHIVO PLANO DE RUTEO Y VALIDÉ LA TRAZABILIDAD Y EL ESTADO FINAL DE LOS CASOS ASIGNADOS. 15.2 EVIDENCIA: REGISTRÉ LA GESTIÓN REALIZADA, ACTUALICÉ EL ESTADO DE LOS CASOS Y CONSERVÉ LOS SOPORTES CORRESPONDIENTES.
	16. OBLIGACIÓN: REALIZAR LOS TAMIZAJES REQUERIDOS POR EL PERFIL EPOC, COPE 28, SRQ, RQC, WHODAS, ZARIT, BARTHEL) SEGÚN APLIQUE. 16.1 ACTIVIDAD: APLIQUÉ LOS TAMIZAJES EPOC, COPE 28, SRQ, RQC, WHODAS, ZARIT Y BARTHEL, SEGÚN LA NECESIDAD Y EL PERFIL DE CADA USUARIO. 16.2 EVIDENCIA: DILIGENCIÉ LOS INSTRUMENTOS APLICADOS, REGISTRÉ LOS RESULTADOS Y DOCUMENTÉ LAS

16	CONDUCTAS DERIVADAS DE SU INTERPRETACIÓN.			
17	17. OBLIGACIÓN: REALIZAR LAS CANALIZACIONES DE ACUERDO CON LA NECESIDAD. 17.1 ACTIVIDAD: EFECTUÉ LAS CANALIZACIONES A LOS SERVICIOS DE SALUD Y A LAS RUTAS INSTITUCIONALES DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES IDENTIFICADAS. 17.2 EVIDENCIA: REGISTRÉ LAS CANALIZACIONES EFECTUADAS, DOCUMENTÉ LOS SOPORTES Y REALICÉ EL SEGUIMIENTO CORRESPONDIENTE.			
18	18. OBLIGACIÓN: REALIZAR NOTIFICACION DE EVENTOS DE INTERES DE SALUD PÚBLICA DE ACUERDO CON LA NECESIDAD. 18.1 ACTIVIDAD: IDENTIFIQUÉ LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA Y EFECTUÉ LA NOTIFICACIÓN DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS. 18.2 EVIDENCIA: DILIGENCIÉ LOS FORMATOS DE NOTIFICACIÓN, REGISTRÉ LOS EVENTOS REPORTADOS Y CONSERVÉ LOS SOPORTES GENERADOS.			
19	19. OBLIGACIÓN: REALIZAR EL CARGUE AL APLICATIVO GTAPS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD LA INFORMACION DE LAS FAMILIAS VISITADAS EN EL CONVENIO EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES MAS BIENESTAR. 19.1 ACTIVIDAD: CARGUÉ OPORTUNAMENTE LA INFORMACIÓN DE LAS FAMILIAS ATENDIDAS EN EL APLICATIVO GTAPS, GARANTIZANDO LA CALIDAD Y COMPLETITUD DE LOS REGISTROS. 19.2 EVIDENCIA: REGISTRÉ LAS ATENCIONES EN EL APLICATIVO GTAPS Y MANTUVE ACTUALIZADA LA INFORMACIÓN DE LAS FAMILIAS INTERVENIDAS.			
20	20. OBLIGACIÓN: 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 ACTIVIDAD: CUMPLÍ LAS ACTIVIDADES ESTABLECIDAS EN EL ANEXO TÉCNICO DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR, APLIQUÉ LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y OPERATIVOS Y EJECUTÉ LAS RESPONSABILIDADES PROPIAS DE MI PERFIL. 20.2 EVIDENCIA: DILIGENCIÉ LOS FORMATOS DEFINIDOS POR EL CONVENIO, REGISTRÉ LAS INTERVENCIONES REALIZADAS Y PRESENTÉ LOS SOPORTES DEL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS.			
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 (2026-06-01) AL (2026-06-30)				
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:		N° 9505751994	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:		SANITAS	2026/06/11	\$ 218.900
PENSIÓN:		PORVENIR	2026/06/11	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:		SURA	2026/06/11	\$ 42.700
OTRO				
TOTAL PAGADO				\$ 541.800
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 periodo correspondiente				

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA



LAURA MARCELA ALVARADO CORTES
PS_7644_2025_D0D81C

LAURA MARCELA ALVARADO CORTES
CC: 1010023788

FIRMA DE QUIEN VALIDA



LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ
PS_7644_2025_D0D81C

LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ
SUPERVISOR ALTERNO

**FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS
OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO**



LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA
PS_7644_2025_D0D81C

LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA
SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1010023788		LAURA MARCELA ALVARADO CORTES	INDEPENDIENTE	Principal	Carrera 91 A #54-29 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3118028129	No	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-07	2026-07	559407893		9508910872	I	2026/08/25	2026/08/12	BANCO DE BOGOTA	\$541,800

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)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	
1	CC	1010023788	ALVARADO LAURA	230301	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS005	30	\$1,750,905	\$218,900	0		\$0	\$0	14-11	30	\$1,750,905	\$42,700	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1010023788		LAURA MARCELA ALVARADO CORTES	INDEPENDIENTE	Principal	Carrera 91 A #54-29 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3118028129	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-07	2026-07	559407893	9508910872	I	2026/08/25	2026/08/12	BANCO DE BOGOTA	\$541,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$0						\$0
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$280,200	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$0						\$0
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$42,700	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$0						\$0
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$218,900	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
TOTAL				1	\$541,800	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0

FOR A PAGAR
\$280,200
\$280,200
\$42,700
\$42,700
\$218,900
\$218,900
\$541,800

 Pago exitoso

Número de autorización 135202
Martes, 11 de agosto de 2026, 7:41:42 p. m.

Detalle

\$541.800
Valor Pagado

IVA incluido: \$0
Pago a: APORTES EN LINEA
Débito desde: Cuenta de Ahorros *2455
Descripción: Pago de la Planilla de aportes
con clave: 9508910872

Fecha y hora inicio transacción 2026-08-11 19:40:18
NIT del comercio 9999001472382
Número de factura 9508910872
Código Único de Seguimiento 559407893
Dirección IP: 186.194.62.46

Referencia 1: 10.129.7.5
Referencia 2: CC
Referencia 3: 1010023788