



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: 2024-09-16

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

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

1.006.007.619

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.

PS 2829 2024

FECHA INICIO CONTRATO

21/01/2024

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$ 13.542.528

PLAZO INICIAL  
DEL CONTRATO

UN MES (1) Y VEINTICHO DIAS (28)

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO  
ADICIONES:

\$ 100.510.950

VALOR DE HONORARIOS PERÍODO  
A CERTIFICAR:

\$ 9.310.488

Nº DE INFORME:

11

Nº CRP:

14066

Nº CDP:

317

PLAZO TOTAL DEL CONTRATO  
INCLUIDO PRORROGAS

11 MESES;10 DIAS

UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

5DT CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO  
DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

| Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO: | 0             | TIPO DE MODIFICACIÓN | ADICIONES | 6                  | PRORROGAS | 6                                               |
|------------------------------------|---------------|----------------------|-----------|--------------------|-----------|-------------------------------------------------|
| VALOR ADICIONADO                   | \$ 9.522.090  | CDP DE LA ADICIÓN:   | 1030      | CRP DE LA ADICIÓN: | 22291     | TIEMPO PRORROGA DO: UN MES (1)                  |
| VALOR ADICIONADO                   | \$ 9.522.090  | CDP DE LA ADICIÓN:   | 1270      | CRP DE LA ADICIÓN: | 25232     | TIEMPO PRORROGA DO: UN MES (1)                  |
| VALOR ADICIONADO                   | \$ 17.774.568 | CDP DE LA ADICIÓN:   | 1619      | CRP DE LA ADICIÓN: | 29246     | TIEMPO PRORROGA DO: UN MES (1) Y NUEVE DIAS (9) |
| VALOR ADICIONADO                   | \$ 9.522.090  | CDP DE LA ADICIÓN:   | 2200      | CRP DE LA ADICIÓN: | 32515     | TIEMPO PRORROGA DO: UN MES (1)                  |
| VALOR ADICIONADO                   | \$ 28.566.270 | CDP DE LA ADICIÓN:   | 2598      | CRP DE LA ADICIÓN: | 36638     | TIEMPO PRORROGA DO: TRES MESES (3)              |
| VALOR ADICIONADO                   | \$ 12.061.314 | CDP DE LA ADICIÓN:   | 3753      | CRP DE LA ADICIÓN: | 46940     | TIEMPO PRORROGA DO: DOS MESES (2)               |

III. POLIZAS (SI APLICA)

|                    |     |                           |     |
|--------------------|-----|---------------------------|-----|
| Nº DE PÓLIZA:      | N/A | NOMBRE DE LA ASEGURADORA: | N/A |
| FECHA DE LA PÓLIZA | N/A | FECHA DE APROBACIÓN:      | N/A |

| ITEM | IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO<br>(Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes) |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1    | Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial y Notificación de actividades contractuales de la supervisión                                                                        |
| 2    | Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.                                                                                                                                     |
| 3    | Realice mis actividades contractuales, en el CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY 264 HORAS                                                                                                                   |
| 4    | Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.                                                                                                                                     |
| 5    | Informé al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso.                                                                                    |
| 6    | Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.                                                                                                                                     |
| 7    | Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.                                                                                                                                     |
| 8    | Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.                                                                                                                                     |
| 9    | Emití conceptos médicos que se me requirieron, realicé resúmenes de historia clínica, epicrisis en dinamica gerencial                                                                                 |
| 10   | Registro de historia clínica de forma manual en los formatos respectivos que posteriormente fueron cargados en el aplicativo Dinamica Gerencial.                                                      |
| 11   | Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.                                                                                                                                     |

|    |                                                                                                                        |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 12 | Registro en las actas de entrega de material de proteccion personal e insumos                                          |
| 13 | Registro en las actas de entrega de material de proteccion personal e insumos                                          |
| 14 | Notificacion de actividades contractuales de la supervision                                                            |
| 15 | Registro en las actas de asistencia a capacitaciones                                                                   |
| 16 | Registro en las actas de asistencia a capacitaciones                                                                   |
| 17 | Registro en las actas de asistencia a capacitaciones                                                                   |
| 18 | Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.                                                      |
| 19 | Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.                                                      |
| 20 | Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.                                                      |
| 21 | Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.                                                      |
| 22 | Registro en las actas de asistencia a capacitaciones                                                                   |
| 23 | Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.                                                      |
| 24 | Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.                                                      |
| 25 | Formatos de novedades de personal radicados en la oficina de la direccion de urgencias.                                |
| 26 | Formatos de novedades de personal radicados en la oficina de la direccion de urgencias.                                |
| 27 | Formatos de novedades de personal radicados en la oficina de la direccion de urgencias.                                |
| 28 | Presentacion de planilla mensual de aportes de seguridad social I tales como eps, fondo de pension y riesgos laborales |
| 29 | Registro en las actas de asistencia a capacitaciones                                                                   |
| 30 | Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.                                                      |
| 31 | Notificacion de actividades contractuales de la supervision                                                            |
| 32 | Asisti a capacitaciones y reuniones semanales                                                                          |
| 33 | Realice valoración, revaloración y clasificación TRIAGE del paciente en el servicio de urgencias.                      |

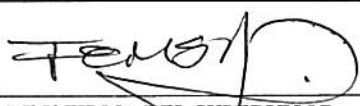
| V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL |             |               |                  |
|----------------------------------------------|-------------|---------------|------------------|
| No. DE PLANILLA:                             | 9477242403  | OPERADOR:     | APORTES EN LINEA |
| CONCEPTO DEL PAGO                            | ENTIDAD     | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO     |
| SALUD:                                       | SALUD TOTAL | 13/11/2024    | \$ 457.000       |
| PENSIÓN:                                     | PORVENIR    | 13/11/2024    | \$ 584.900       |
| RIESGOS LABORALES:                           | POSITIVA    | 13/11/2024    | \$ 89.100        |
| OTRO                                         | N/A         |               | \$ 0             |
| TOTAL PAGADO                                 |             |               | \$ 1.131.000     |

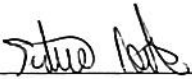
| VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.<br>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 SMMVL ( de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, art, pension, rut)<br>3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .<br>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)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| Se adjuntan los soportes de las actividades adelantadas en el período. Documentos de Respuesta Agilsalud, Correo Electronico Institucional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |



**SANTIAGO APONTE MORENO**  
C.C. 1.006.007.619  
CEL: 3214803143

|                                                                                                                                          |                      |                                                                                                                                                                                                                |                               |                                                                              |                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
|                                                         |                      | <b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</b><br><b>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN</b><br><b>FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION</b> |                               | <b>CÓDIGO: AP-IA-FT-078</b><br><b>VERSIÓN: 2</b><br><b>FECHA: 2024-09-16</b> |                         |
| <b>CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y</b>                                                  |                      |                                                                                                                                                                                                                |                               |                                                                              |                         |
| <b>NOMBRE DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                            |                      |                                                                                                                                                                                                                | <b>SANTIAGO APONTE MORENO</b> |                                                                              |                         |
| <b>NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:</b>                                                                                                    |                      |                                                                                                                                                                                                                | <b>1.006.007.619</b>          |                                                                              |                         |
| <b>I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                    |                      |                                                                                                                                                                                                                |                               |                                                                              |                         |
| <b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>                                                                                                              |                      | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.                               |                               |                                                                              |                         |
| <b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>                                                                             |                      | <b>PS 2829 2024</b>                                                                                                                                                                                            | <b>FECHA INICIO CONTRATO</b>  |                                                                              | <b>21/01/2024</b>       |
| <b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>                                                                                                        |                      | <b>\$ 13.542.528</b>                                                                                                                                                                                           |                               |                                                                              |                         |
| <b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>                                                                                      |                      | <b>\$ 100.510.950</b>                                                                                                                                                                                          |                               | <b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 9.310.488</b>                |                         |
| <b>Nº PAGO / Nº DE INFORME:</b>                                                                                                          |                      | <b>11</b>                                                                                                                                                                                                      | <b>Nº CRP INICIAL:</b>        |                                                                              | <b>14066</b>            |
| <b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>                                                                                           |                      | <b>11 MESES;10 DIAS</b>                                                                                                                                                                                        |                               |                                                                              |                         |
| <b>Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:</b>                                                                                       |                      | <b>9477242403</b>                                                                                                                                                                                              | <b>OPERADOR:</b>              |                                                                              | <b>APORTES EN LINEA</b> |
| <b>PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:</b>                                                                                   |                      | <b>DIRECCION TECNICA DE URGENCIAS</b>                                                                                                                                                                          |                               |                                                                              |                         |
| <b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>                                                                                     |                      | <b>SDT CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY</b>                                                                                                                                                                        |                               |                                                                              |                         |
| <b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>                                                                                                            |                      | <b>FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO</b><br><b>DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05</b>                                                                                                                              |                               |                                                                              |                         |
| <b>II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES</b>                                                                                                  |                      |                                                                                                                                                                                                                |                               |                                                                              |                         |
| <b>Nº DE MODIFICACIÓN:</b>                                                                                                               | <b>0</b>             | <b>TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):</b>                                                                                                                                                              |                               | <b>ADICION 6</b>                                                             | <b>PRORROGA 6</b>       |
| <b>VALOR ADICIONADO</b>                                                                                                                  | <b>\$ 9.522.090</b>  | <b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>                                                                                                                                                                                      | <b>1030</b>                   | <b>RP DE LA ADICIÓN:</b>                                                     | <b>22291</b>            |
| <b>VALOR ADICIONADO</b>                                                                                                                  | <b>\$ 9.522.090</b>  | <b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>                                                                                                                                                                                      | <b>1270</b>                   | <b>RP DE LA ADICIÓN:</b>                                                     | <b>25232</b>            |
| <b>VALOR ADICIONADO</b>                                                                                                                  | <b>\$ 17.774.568</b> | <b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>                                                                                                                                                                                      | <b>1619</b>                   | <b>RP DE LA ADICIÓN:</b>                                                     | <b>29246</b>            |
| <b>VALOR ADICIONADO</b>                                                                                                                  | <b>\$ 9.522.090</b>  | <b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>                                                                                                                                                                                      | <b>2200</b>                   | <b>RP DE LA ADICIÓN:</b>                                                     | <b>32515</b>            |
| <b>VALOR ADICIONADO</b>                                                                                                                  | <b>\$ 28.566.270</b> | <b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>                                                                                                                                                                                      | <b>2598</b>                   | <b>RP DE LA ADICIÓN:</b>                                                     | <b>36638</b>            |
| <b>VALOR ADICIONADO</b>                                                                                                                  | <b>\$ 12.061.314</b> | <b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>                                                                                                                                                                                      | <b>3753</b>                   | <b>RP DE LA ADICIÓN:</b>                                                     | <b>46940</b>            |
| <b>III. POLIZAS (SI APLICA)</b>                                                                                                          |                      |                                                                                                                                                                                                                |                               |                                                                              |                         |
| <b>Nº DE PÓLIZA:</b>                                                                                                                     | <b>N/A</b>           | <b>NOMBRE DE LA ASEGURADORA:</b>                                                                                                                                                                               |                               | <b>N/A</b>                                                                   |                         |
| <b>FECHA DE LA PÓLIZA</b>                                                                                                                | <b>N/A</b>           | <b>ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:</b>                                                                                                                                                                      |                               | <b>N/A</b>                                                                   |                         |
| <b>IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS</b>                                                                                     |                      |                                                                                                                                                                                                                |                               |                                                                              |                         |
| <b>SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</b> |                      |                                                                                                                                                                                                                |                               |                                                                              |                         |

| 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 <b>clausula "Forma de Pago, CERTIFICO</b> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del <b>( 01/11/2024 AL 30/11/2024)</b> |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                   |    |
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                           | <br>NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:<br>FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO<br>CARGO:<br>DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05             |    |
|                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                           | <br>NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:<br>CARLOS ALBERTO MARIN<br>PERFIL:<br>PROFESIONAL ESPECIALIZADO EMERGENCIOLOGO |    |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                               |                                                                                                                                                                                                            |                |                                                                              |                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                               | <b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</b><br><b>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN</b><br><b>FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN</b> |                | <b>CÓDIGO: AP-IA-FT-014</b><br><b>VERSIÓN: 6</b><br><b>FECHA: 2024-09-16</b> |                                                                        |
| <b>DATOS DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                               |                                                                                                                                                                                                            |                |                                                                              |                                                                        |
| <b>FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/11/2024</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                               |                                                                                                                                                                                                            |                |                                                                              |                                                                        |
| <b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>SANTIAGO APONTE MORENO</b>                                                 |                                                                                                                                                                                                            |                | <b>C.C.</b>                                                                  | <b>1.006.007.619</b>                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                               |                                                                                                                                                                                                            |                | <b>RUT(NIT):</b>                                                             | <b>141130742401</b>                                                    |
| <b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b><u>saponte19@uan.edu.co</u></b>                                            |                                                                                                                                                                                                            |                | <b>TELÉFONO:</b>                                                             | <b>3214803143</b>                                                      |
| <b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>CL 13 SUR # 8 35</b>                                                       |                                                                                                                                                                                                            |                | <b>CIUDAD:</b>                                                               | <b>BOGOTÁ D.C.</b>                                                     |
| <b>Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                               |                                                                                                                                                                                                            |                |                                                                              |                                                                        |
| <b>NO tomaré costos y deducciones</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                               |                                                                                                                                                                                                            |                | <b>0</b>                                                                     |                                                                        |
| <b>SI tomaré costos y deducciones</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                               |                                                                                                                                                                                                            |                | <b>X</b>                                                                     |                                                                        |
| 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. |                                                                               |                                                                                                                                                                                                            |                |                                                                              |                                                                        |
| <b>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.</b>                                                                                                                                                                                                                                |                                                                               |                                                                                                                                                                                                            |                | <b>SI</b>                                                                    | <b>NO</b>                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                               |                                                                                                                                                                                                            |                | <b>0</b>                                                                     | <b>X</b>                                                               |
| <b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>OTRO</b>                                                                   |                                                                                                                                                                                                            |                |                                                                              |                                                                        |
| <b>NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRA EN LA LISTA DESPLEGABLE)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>BANCOLOMBIA</b>                                                            | <b>TIPO DE CUENTA:</b>                                                                                                                                                                                     | <b>AHORROS</b> | <b>N° CUENTA:</b>                                                            | <b>20341674469</b>                                                     |
| <b>NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ULTIMA ADICION (PERIODO OBJETO DE PAGO)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                               |                                                                                                                                                                                                            |                |                                                                              |                                                                        |
| <b>N° DEL CONTRATO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>PS 2829 2024</b>                                                           | <b>N° CDP:</b>                                                                                                                                                                                             | <b>3753</b>    | <b>N°. RP:</b>                                                               | <b>46940</b>                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                               |                                                                                                                                                                                                            |                |                                                                              | <b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :<br/>11 MESES;10 DIAS</b>   |
| <b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>21/01/2024</b>                                                             | <b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>                                                                                                                                                                      |                | <b>31/12/2024</b>                                                            | <b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:<br/>\$ 100.510.950</b> |
| <b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>DEL 01/11/2024 AL 30/11/2024</b>                                           |                                                                                                                                                                                                            |                |                                                                              |                                                                        |
| <b>VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>NUEVE MILLONES TRESCIENTOS DIEZ MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS</b> |                                                                                                                                                                                                            |                |                                                                              |                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>\$ 9.310.488</b>                                                           |                                                                                                                                                                                                            |                |                                                                              |                                                                        |
| <div><br/><b>SANTIAGO APONTE MORENO</b><br/><b>C.C. 1.006.007.619</b><br/><b>CEL: 3214803143</b></div>                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                               |                                                                                                                                                                                                            |                |                                                                              |                                                                        |



| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                        |                 |                    |                     |                     |            |                       |  |
|-------------------------------|----|------------------------|-----------------|--------------------|---------------------|---------------------|------------|-----------------------|--|
| Identificación                | dv | Razon Social           | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion           | Ciudad-Departamento | Teléfono   | Exonerado SENA e ICBF |  |
| CC 1006007619                 |    | APORTE MORENO SANTIAGO | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | CALLE 13 SUR # 8 35 | BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.  | 3214803143 | No                    |  |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo |         | Clave      | Planilla   | Tipo     | Fecha      | Limite     | Pago       | Banco | Pago | Días Mora | Valor       |
|---------|---------|------------|------------|----------|------------|------------|------------|-------|------|-----------|-------------|
| Pensión | Salud   | Pago       | Planilla   | Planilla |            |            |            |       |      |           |             |
| 2024-10 | 2024-10 | 1047059666 | 9477242403 | 1        | 2024/11/07 | 2024/11/13 | BANCO OMIA |       |      | 6         | \$1,131,000 |

RESUMEN DE PAGO

| RIESGO                       | CODIGO | NIT         | DV | AFLIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|------------------------------|--------|-------------|----|----------|-----------------|----------------|------------------------|---------------|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1)     |        |             |    | 1        | \$582,400       | \$2,500        | \$0                    | \$584,900     |
| PORVENIR                     | 230301 | 800,224,808 | 8  | 1        | \$582,400       | \$2,500        | \$0                    | \$584,900     |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1)     |        |             |    | 1        | \$88,700        | \$400          | \$0                    | \$89,100      |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23  | 860,014,153 | 6  | 1        | \$88,700        | \$400          | \$0                    | \$89,100      |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1)     |        |             |    | 1        | \$455,000       | \$2,000        | \$0                    | \$457,000     |
| SALUD TOTAL                  | EP5002 | 800,130,907 | 4  | 1        | \$455,000       | \$2,000        | \$0                    | \$457,000     |
| TOTAL                        |        |             |    | 1        | \$1,126,100     | \$4,900        | \$0                    | \$1,131,000   |

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

|                |    |                        |                 |                    |                     |                     |            |                 |
|----------------|----|------------------------|-----------------|--------------------|---------------------|---------------------|------------|-----------------|
| Identificación | dv | Razon Social           | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direction           | Ciudad-Departamento | Teléfono   | Exonerado SENAE |
| CC 1006007619  |    | APORTE MORENO SANTIAGO | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | CALLE 13 SUR # 8 35 | BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.  | 3214803143 | ICBF            |
|                |    |                        |                 |                    |                     |                     |            | No              |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo       | Clave      | Tipo     | Fecha | Pago        | Valor       |
|---------------|------------|----------|-------|-------------|-------------|
| Pensión Salud | 100709666  | Planilla | 1     | 2024/11/07  | 2024/11/13  |
| 2024-10       | 9477242403 |          |       | BANCOLOMBIA | 6           |
|               |            |          |       |             | \$1,131,000 |

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

| EMPLEADO                                        |                |                 |        | PENSION |             |           |        | SALUD |             |           |        | CCF  |     |        |        | RIESGOS |             |          |        | PARAFISCALES |     |        |  |
|-------------------------------------------------|----------------|-----------------|--------|---------|-------------|-----------|--------|-------|-------------|-----------|--------|------|-----|--------|--------|---------|-------------|----------|--------|--------------|-----|--------|--|
| No.                                             | Identificación | Nombres         | Código | Días    | IBC         | Aporte    | Código | Días  | IBC         | Aporte    | Código | Días | IBC | Aporte | Código | Días    | IBC         | Aporte   | Código | Días         | IBC | Aporte |  |
| SUCURSAL PRINCIPAL (1 Afiliados)                |                |                 |        |         | \$3,639,554 | \$582,400 |        |       | \$3,639,554 | \$455,000 |        |      | \$0 | \$0    |        |         | \$3,639,554 | \$88,700 |        |              | \$0 | \$0    |  |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)      |                |                 |        |         | \$3,639,554 | \$582,400 |        |       | \$3,639,554 | \$455,000 |        |      | \$0 | \$0    |        |         | \$3,639,554 | \$88,700 |        |              | \$0 | \$0    |  |
| Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados) |                |                 |        |         | \$3,639,554 | \$582,400 |        |       | \$3,639,554 | \$455,000 |        |      | \$0 | \$0    |        |         | \$3,639,554 | \$88,700 |        |              | \$0 | \$0    |  |
| 1                                               | CC 1006007619  | APORTE SANTIAGO | 12001  | 30      | \$3,639,554 | \$582,400 | EP0027 | 30    | \$3,639,554 | \$455,000 |        | 0    | \$0 | \$0    | 1423   | 30      | \$3,639,554 | \$88,700 | 0      |              | \$0 | \$0    |  |
| Total Afiliados( 1)                             |                |                 |        |         | \$3,639,554 | \$582,400 |        |       | \$3,639,554 | \$455,000 |        |      | \$0 | \$0    |        |         | \$3,639,554 | \$88,700 |        |              | \$0 | \$0    |  |