	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

NICOL JOHANNA BORRAY SANTOFIMIO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	52.216.500
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN ODONTOLOGIA ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5105 2024			**FECHA INICIO CONTRATO**	1/10/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.921.644	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	QUINCE (15) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 20.311.999			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 880.834
N° DE INFORME:	5	**N° CRP:**	43502	**N° CDP:**	2905
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	2 MESES 30 DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6BH CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 29				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	4	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	4	**PRORROGAS**	3	
VALOR ADICIONADO	$ 5.853.288	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**CRP DE LA ADICIÓN:**	43795	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5.340.223	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3954	**CRP DE LA ADICIÓN:**	48166	**TIEMPO PRORROGADO:**	16 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5.843.288	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4011	**CRP DE LA ADICIÓN:**	48787	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 353.556	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4170	**CRP DE LA ADICIÓN:**	51180	**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	X	
N° DE PÓLIZA:	N/A	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	N/A		
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	**FECHA DE APROBACIÓN:**	N/A		

ÍTEM	**IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO** **(Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)**
1	1. OBLIGACIÓN: Prestar sus servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Desarrollar Actividades y productos correspondientes a la obligación del contrato. Revisiòn de productos de los 4 subsistemas, realización con calidad y oportunidad obligaciones contractuales. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 250_46_8_PSPIC_SIVIGILA_2024_NO_TRANSMISIBLES_VSPD_PRODUCTOS_DICIEMBRE
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se presenta cronograma ejecutado del mes de diciembre y proyeccion enero 2025 . Archivo carpetas cronogramas custodia de coordinación, DRIVE . 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 250_46_8_PSPIC_SIVIGILA_2024_NO_TRANSMISIBLES_VSPD_PRODUCTOS_DICIEMBRE
3	1. OBLIGACIÓN: Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes que se solicite conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: ,Programar, supervisar y realizar el seguimiento a la ejecución con calidad de los productos establecidos en el lineamiento con cada subsistema 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 250_46_8_PSPIC_SIVIGILA_2024_NO_TRANSMISIBLES_VSPD_PRODUCTOS_DICIEMBRE
4	1. OBLIGACIÓN: Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Reunión articulacio asistencias técnicas públicas y privadas SISVESO. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 250_46_8_PSPIC_SIVIGILA_2024_NO_TRANSMISIBLES_VSPD_PRODUCTOS_DICIEMBRE
5	1. OBLIGACIÓN: Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Reunión de líderes de proceso, programar, supervisar y realizar el seguimiento a la ejecución con calidad de los productos establecidos en el lineamiento con cada subsistema, lectura, apropiación y socialización de lineamientos 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 250_46_8_PSPIC_SIVIGILA_2024_NO_TRANSMISIBLES_VSPD_PRODUCTOS_DICIEMBRE
6	1. OBLIGACIÓN: Realizar acciones y asesorías integrales extramurales a la población asignada a nivel individual, familiar y colectivo, desde su perfil profesional especializado y conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre la subred con el Fondo Financiero-SD 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realización asistencia técnicas No transmisibles SISVESO upgds privadas 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 250_46_8_PSPIC_SIVIGILA_2024_NO_TRANSMISIBLES_VSPD_PRODUCTOS_DICIEMBRE

7	1. OBLIGACIÓN: Realizar el direccionamiento técnico según los lineamientos distritales del sistema de vigilancia epidemiológica en la red de prestadores públicos y privados. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Lectura de lineamientos SISVESO seguimiento a la notificación de los eventos no transmisibles 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 250_46_8_PSPIC_SIVIGILA_2024_NO_TRANSMISIBLES_VSPD_PRODUCTOS_DICIEMBRE
8	1. OBLIGACIÓN: Realizar intervenciones epidemiológicas de campo, bloqueo y búsqueda activa comunitaria de los eventos de interés en salud pública, según demanda nuevo VSP 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Verificación del cumplimiento de ASISTENCIAS TECNICAS SISVESO. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 250_46_8_PSPIC_SIVIGILA_2024_NO_TRANSMISIBLES_VSPD_PRODUCTOS_DICIEMBRE
9	1. OBLIGACIÓN: Participar y gestionar los acercamientos comunitarios e institucionales que se requieran, para el desarrollo de las acciones de cada Espacio y/o Proceso Transversal del PSPIC 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: participación reunión con gestión y políticas articulacion con espacio laboral . participacion en comite tecnico de enfermedades cronicas. articulacion con equipos basicos extramurales Hogar Participacion en reunion de mesa tecnica de salud oral 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 250_46_8_PSPIC_SIVIGILA_2024_NO_TRANSMISIBLES_VSPD_PRODUCTOS_DICIEMBRE
10	1. OBLIGACIÓN: Ejecutar las políticas y programas de la dimensión en salud publica en emergencias y desastres para las intervenciones realizadas en atención de brotes, en los sistemas de información de la vigilancia epidemiológica 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: verificación del cumplimiento del producto de ASISTENCIAS TECNICAS 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 250_46_8_PSPIC_SIVIGILA_2024_NO_TRANSMISIBLES_VSPD_PRODUCTOS_DICIEMBRE
11	1. OBLIGACIÓN: apoyar los procesos de salud pública en emergencias y desastres establecidos en el marco del contrato PIC contemplados en las políticas, planes, nacionales. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizo apoyo actividad establecidas en componente de vigilancia epidemiológica comunitaria y siveso actividad RURAL 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 250_46_8_PSPIC_SIVIGILA_2024_NO_TRANSMISIBLES_VSPD_PRODUCTOS_DICIEMBRE
12	1. OBLIGACIÓN: Realizar análisis de situación en salud de los eventos de interés en salud pública desde los diferentes entornos y componentes del PSPIC para la toma de decisiones 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Reuniòn de gestion de la informacion SEMANAL 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 250_46_8_PSPIC_SIVIGILA_2024_NO_TRANSMISIBLES_VSPD_PRODUCTOS_DICIEMBRE
13	1. OBLIGACIÓN: Realizar actividades, ejecución, orientación, coordinación y/o apoyo de eventos de interés en salud pública, bajo los lineamientos y protocolos establecidos a nivel distrital y nacional 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Alistamiento, organización y realizaciòn asistencias tecnicas subsistema de SISVESO. Consolidación y cierre de asistencias tecnicas no transmisibles. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 250_46_8_PSPIC_SIVIGILA_2024_NO_TRANSMISIBLES_VSPD_PRODUCTOS_DICIEMBRE
14	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Revisiòn y organización de carpetas y mes de DICIEMBRE 2024 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 250_46_8_PSPIC_SIVIGILA_2024_NO_TRANSMISIBLES_VSPD_PRODUCTOS_DICIEMBRE
15	1. OBLIGACIÓN: Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Entrega y revisión de productos. Realización factura, vigilar los procesos de notificación con calidad, veracidad y oportunidad correspondiente a los eventos de interés en salud pública del componente no transmisibles. Realización y revisiòn de cronograma, informe de actividades, preauditoria personal. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 250_46_8_PSPIC_SIVIGILA_2024_NO_TRANSMISIBLES_VSPD_PRODUCTOS_DICIEMBRE

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9478558780	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	SANITAS	6/12/2024	$ 336.300
PENSIÓN:	COLPENSIONES	6/12/2024	$ 430.400
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	6/12/2024	$ 65.600
OTRO	CCF COMPENSAR	6/12/2024	$ 16.200
	TOTAL PAGADO		**$ 848.500**

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el IBC se calculó sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a EPS, ARL, Pensión, RUT)
3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo SECOP de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: NICOL JOHANNA BORRAY SANTOFIMIO
CC: 52.216.500
CEL 3108341214

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/01/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	NICOL JOHANNA BORRAY SANTOFIMIO	**CC:**	52.216.500
		RUT (NIT):	52216500-9
CORREO ELECTRÓNICO:	nicolborray@gmail.com	**TELÉFONO:**	3108341214
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CRA 7B 134B 63	**CIUDAD:**	BOGOTÁ

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.

NO tomaré costos y deducciones	( )
SI tomaré costos y deducciones	(X)

La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.

Régimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación	SI ( )	NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO AV VILLAS				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**N° CUENTA:**	007907749

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

N° DEL CONTRATO:	PS 5105 2024	**N° CDP:**	4011-4170	**N°. RP:**	48787-51180	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: 2 MESES 30 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/10/2024	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		31/12/2024		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 20.311.999
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 3/12/2024 AL 31/12/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 880.834					
	OCHOCIENTOS OCHENTA MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS					

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: NICOL JOHANNA BORRAY SANTOFIMIO

CC: **52.216.500**

CEL: **3108341214**

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION	CODIGO: AP LA FT 078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024 09 16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	NICOL JOHANNA BORRAY SANTOFIMIO
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	52.216.500

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN ODONTOLOGIA ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5105 2024		**FECHA INICIO CONTRATO**	1/10/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.921.644				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 20.311.999		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 880.834	
N° PAGO / N° DE INFORME:	5 de 5	**N° CRP INICIAL:**	43502	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	2905
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	2 MESES 30 DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9478558780		**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GSP PSPIC - VSP				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6BH CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 29				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	4	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICIÓN (4)	PRÓRROGA (3)
VALOR ADICIONADO	$ 5.853.288	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**RP DE LA ADICIÓN:**	43795	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5.340.223	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3954	**RP DE LA ADICIÓN:**	48166	**TIEMPO PRORROGADO:**	16 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 5.843.288	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4011	**RP DE LA ADICIÓN:**	48787	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 353.556	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4170	**RP DE LA ADICIÓN:**	51180	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS (SI APLICA)			
N° DE PÓLIZA:	N/A	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**	N/A

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	X	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	X	
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?	X	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago,** **CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del 3/12/2024 al 31/12/2024

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: MARIA CRISTINA DUARTE GARZON CARGO: PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 29

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52216500		BORRAY SANTOFIMIO NICOL JOHANNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 7B # 134B-63 APTO 806	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3755061	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1105470788	9478558780	I	2024/12/03	2024/12/06	BANCO AV VILLAS	3	$850,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres		Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)							$2,689,648	$430,400			$2,689,648	$336,300			$2,689,648	$16,200			$2,689,648	$65,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)							$2,689,648	$430,400			$2,689,648	$336,300			$2,689,648	$16,200			$2,689,648	$65,600		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)							$2,689,648	$430,400			$2,689,648	$336,300			$2,689,648	$16,200			$2,689,648	$65,600		$0	$0
1	CC	52216500	BORRAY NICOL		25-14	30	$2,689,648	$430,400	EPS005	30	$2,689,648	$336,300	CCF24	30	$2,689,648	$16,200	14-7	30	$2,689,648	$65,600	30	$0	$0
Total Afiliados(1)							$2,689,648	$430,400			$2,689,648	$336,300			$2,689,648	$16,200			$2,689,648	$65,600		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52216500		BORRAY SANTOFIMIO NICOL JOHANNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 7B # 134B-63 APTO 806	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3755061	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1105470788	9478558780	I	2024/12/03	2024/12/06	BANCO AV VILLAS	3	$850,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$430,400	$900	$0	$431,300
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$430,400	$900	$0	$431,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$65,600	$200	$0	$65,800
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$65,600	$200	$0	$65,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$16,200	$100	$0	$16,300
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$16,200	$100	$0	$16,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$336,300	$700	$0	$337,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$336,300	$700	$0	$337,000
TOTAL				1	$848,500	$1,900	$0	$850,400

Gmail

Nicol Borray <borray16@gmail.com>

PSE Transacción Aprobada - CUS 1105470788

3 mensajes

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co> 6 de diciembre de 2024, 9:30
Para: borray16@gmail.com

¡Hola, Nicol Johanna Borray!

Gracias por utilizar los servicios de BANCO AV VILLAS y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: **Aprobada**
CUS: 1105470788
Empresa: APORTES EN LINEA
Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9478558780
Valor de la Transacción: $ 850.400
Fecha de Transacción: 06/12/2024

Ten en cuenta estos tips de seguridad

- Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.
- Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.
- Procura cambiar tus contraseñas bancarias frecuentemente.

pse in ACH Colombia Oficial X @ACHColombia_