

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	SANDRA PATRICIA SILVA DUARTE			CC:	1030521513
CORREO ELECTRÓNICO:	sandrapsilvad2020@gmail.com			TELÉFONO:	3155035798
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 73B 6B 25 CA 40			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	007500888420
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 7000 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 5.483.200	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/10/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/11/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30				
<div><div><div>SANDRA PATRICIA SILVA DUARTE PS_7000_2025_7957CB</div></div><div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: SANDRA PATRICIA SILVA DUARTE CC: 1030521513 CEL: 3155035798</div></div>					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
SANDRA PATRICIA SILVA DUARTE

CON C.C N° 1.030.521.513

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN ODONTOLOGIA 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 7000 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/10/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 5.483.200	No. HORAS EJECUTADAS	184
----------------------------	--------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 10.966.400	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 5.483.200
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) 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	Obligación 1: Prestar sus servicios con calidad y oportunidad para el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según el convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 1.1. Actividades desarrolladas: Ejecución de las acciones establecidas en el plan de acción portal Web de salud ambiental, garantizando la calidad, oportunidad y cumplimiento de los lineamientos técnicos Distritales. 1.2. Producto (Evidencias): Soportes cargados en Drive (plan de acción, reportes mensuales, productos técnicos).
2	Obligación 2: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2.1. Actividades desarrolladas: Elaboración y actualización del cronograma mensual, incluyendo actividades de seguimiento a indicadores, gestión documental y reporte de avances en vigilancia sanitaria ambiental. 2.2. Producto (Evidencias): Cronogramas enviados por correo electrónico y almacenados en carpeta Drive.
3	Obligación 3: Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes conforme a los lineamientos técnicos del convenio PSPIC. 3.1. Actividades desarrolladas: Desarrollo de acciones en el Portal Web de Salud Ambiental, consolidación de reportes e indicadores de seguimiento a eventos de interés en salud pública ambiental. 3.2. Producto (Evidencias): Reportes técnicos enviados por correo electrónico y soporte documental en Drive.
4	Obligación 4: Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de la calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento. 4.1. Actividades desarrolladas: Revisión y fortalecimiento de los documentos técnicos del Portal Web de Salud Ambiental, articulando procesos con Vigilancia Sanitaria Ambiental de la SDS. 4.2. Producto (Evidencias): Envío de reportes técnicos y evidencias cargadas en Drive
5	Obligación 5: Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados con calidad de datos (integridad, oportunidad, consistencia y exactitud). 5.1. Actividades desarrolladas: Consolidación y validación de indicadores de salud ambiental, seguimiento de eventos de brote y actualización de reportes en los aplicativos de la Subred.
6	Obligación 6: Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC. 6.1. Actividades desarrolladas: Revisión y aplicación de lineamientos técnicos de vigilancia sanitaria ambiental, indicadores y procedimientos del PSPIC. 6.2. Producto (Evidencias): Plan de acción diligenciado y soportes de lectura y aplicación cargados en Drive.
7	Obligación 7: Desarrollar procesos de asistencia técnica desde los diferentes procesos del Plan de Intervenciones Colectivas conforme a su saber disciplinar y profesional. 7.1. Actividades desarrolladas: Programación y ejecución de asistencias técnicas virtuales y presenciales con equipos de la Subred y SDS en temas de salud ambiental y gestión del riesgo. 7.2. Producto (Evidencias): Actas de asistencia técnica, registros de participación y soportes en Drive.
8	Obligación 8: Revisar, administrar y responder por las actividades y productos del proyecto de intervención Web Salud Ambiental de Bogotá. 8.1. Actividades desarrolladas: Actualización de contenidos, documentos técnicos y seguimiento a indicadores de desempeño del proyecto. 8.2. Producto (Evidencias): Plan de acción diligenciado, reportes técnicos y soportes cargados en Drive.
9	Obligación 9: Participar en la actualización de planes de análisis, guías y protocolos desde el componente de salud ambiental. 9.1. Actividades desarrolladas: Acompañamiento en la actualización de protocolos de respuesta ante eventos de brote, indicadores de vigilancia y gestión de riesgo ambiental (aire, ruido, radiación, cambio climático). 9.2. Producto (Evidencias): Versiones actualizadas de documentos técnicos y soportes de validación en Drive.
10	Obligación 10: Consolidar y analizar la información solicitada por la Subred, SDS u otras entidades. 10.1. Actividades desarrolladas: Análisis de indicadores y consolidación de reportes mensuales de vigilancia sanitaria ambiental y seguimiento de brotes. 10.2. Producto (Evidencias): Reportes enviados por correo y respaldo documental en Drive.
11	Obligación 11: Organizar el archivo de la documentación generada según la normatividad y tabla de retención documental. 11.1. Actividades desarrolladas: Organización de documentos técnicos, reportes y soportes generados en el marco del PSPIC. 11.2. Producto (Evidencias): Actas, listados y evidencias de archivo digital en Drive.

12	Obligación 12: Dar cumplimiento a las actividades de los procesos transversales del PSPIC (Canalizaciones, PAI, Educación para la Salud Pública, GESI, ACCVSyE, EISP, Participación Social). 12.1. Actividades desarrolladas: Apoyo en la consolidación de bases de datos y análisis de priorización de casos intervenidos desde los componentes transversales. 12.2. Producto (Evidencias): Bases de datos, reportes y soportes cargados en Drive.
13	Obligación 13: Atender las glosas que se generen por incumplimiento de las obligaciones contractuales conforme al anexo de Criterios de Glosa. 13.1. Actividades desarrolladas: No aplica para el periodo, sin registro de glosas. 13.2. Producto (Evidencias): No aplica.
14	Obligación 14: Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y sean requeridas por la supervisión. 14.1. Actividades desarrolladas: No aplica para el periodo. 14.2. Producto (Evidencias): No aplica.

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

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

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago, CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2025-11-01) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 7991311100	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/10/15	\$ 274.300
PENSIÓN:	SKANDIA	2025/10/15	\$ 351.100
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/10/15	\$ 53.500
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 678.900

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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)
3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

VII. ANEXOS
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)
Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 SANDRA PATRICIA SILVA DUARTE PS_7000_2025_7957CB SANDRA PATRICIA SILVA DUARTE CC: 1030521513
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 JAVIER RICARDO PEÑUELA PEREZ PS_7000_2025_7957CB JAVIER RICARDO PEÑUELA PEREZ SUPERVISOR ALTERNO

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



LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA

PS_7000_2025_7957CB

LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA
SUPERVISOR DEL CONTRATO

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230901	230901-SKANDIA OBLIGATORIO	1	\$ 345.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 345.500	\$ 0	\$ 345.500
SUBTOTALES:										\$ 345.500	\$ 0	\$ 345.500

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 269.900		\$ 0		\$ 269.900	\$ 0	\$ 0	\$ 269.900
SUBTOTALES:									\$ 269.900				\$ 269.900	\$ 0	\$ 0	\$ 269.900

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 52.600	\$ 52.600	\$ 0	\$ 0	\$ 52.600
SUBTOTALES:									\$ 52.600	\$ 0	\$ 0	\$ 52.600

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR					
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	\$ 43.200	\$ 0	\$ 43.200
SUBTOTALES:			\$ 43.200	\$ 0	\$ 43.200

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																									
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL																PARAFISCALES																					
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TOE	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LWA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN								SEGURO SOCIAL								ARP				DÍAS COT	IBC	CCF				SENÁ	ICBF	ESAP	MINEDU				
																								ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO			TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN					TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
																												SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																										
1	CC 1030521513	SILVA DUARTE SANDRA PATRICIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		\$ 2.159.000			NO																	230901-SKANDIA OBLIGATORIO	30	\$ 2.159.000	\$ 345.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 345.500	EPS008-COMPENSAR	30	\$ 2.159.000	\$ 269.900	\$ 0	\$ 269.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	\$ 2.159.000	\$ 1030521513	\$ 52.600	30	\$ 2.159.000	CCCF24-COMPENSAR	\$ 43.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0			

TOTAL PAGADO:	\$ 711.200
----------------------	-------------------

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1030521513
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	SANDRA PATRICIA SILVA DUARTE	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	KR 73 B 6 B 25 INT 40	TELÉFONO: 4241025
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Otras actividades de atención de la
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7991311100	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: octubre	PERIODO COTIZACIÓN MES: octubre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD: AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/10/15	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1852035434

NOVEDADES																	
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002530552	230901	230901-SKANDIA OBLIGATORIO	1	\$ 345.500
SUBTOTAL:			1	\$ 345.500
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600669427	EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	\$ 269.900
SUBTOTAL:			1	\$ 269.900
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600669427	CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	\$ 43.200
SUBTOTAL:			1	\$ 43.200
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 52.600
SUBTOTAL:			1	\$ 52.600

VALOR SIN MORA:	\$ 711.200
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 711.200



BANCO DAVIVIENDA S.A.

CERTIFICA:

Que **SANDRA PATRICIA**, quien se identifica con **Cédula de ciudadanía No. 1030521513** y es titular de la cuenta terminada en ****8420** , realizó el siguiente pago a través de :

Fecha del pago	Valor	Destino	Factura - Referencia	Número de Autorización
14/10/2025	\$ 716.600,00	SOI ACH	1852023333	52023333

Se expide en Bogotá, el 13-11-2025.

Atentamente,

BANCO DAVIVIENDA S.A.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE					DATOS GENERALES DE LA PLANILLA														
TIPO IDENTIFICACIÓN:		CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:		1030521513					NÚMERO PLANILLA:		7995428134			TIPO DE PLANILLA:		N-CORRECCIONES		
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		SANDRA PATRICIA SILVA DUARTE			MES					PERIODO COTIZACIÓN OTROS		MES			octubre AÑO		2025		
CIUDAD/MUNICIPIO:		BOGOTA DISTRITO CAPITAL			DEPARTAMENTO:		BOGOTA - DISTRITO CAPITAL			DÍAS DE MORA:		12			PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES		
DIRECCIÓN:		KR 73 B 6 B 25 INT 40			TELÉFONO:		4241025			FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/11/18			NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1930040795		
TIPO APORTANTE:		02-INDEPENDIENTE			CLASE APORTANTE:		I-INDEPENDIENTE			NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:		7991311100			FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:		2025/10/15		
TIPO EMPRESA:		PRIVADA			ACTIVIDAD ECONOMICA:		Otras actividades de atención de la salud humana.												
FORMA DE PRESENTACIÓN:		ÚNICO																	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):																			

TOTAL APORTES A PENSIÓN																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES						
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO				
230901	230901-SKANDIA OBLIGATORIO	1	\$ 5.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 100	\$ 0	\$ 5.600	\$ 100	\$ 5.700				
SUBTOTALES:										\$ 5.600	\$ 100	\$ 5.700				

TOTAL APORTES A SALUD																		
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES					
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO		
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 4.400	\$ 0	\$ 100	\$ 0	\$ 4.400	\$ 100	\$ 0	\$ 4.500		
SUBTOTALES:													\$ 4.400	\$ 100	\$ 0	\$ 4.500		

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 900	\$ 900	\$ 100	\$ 0	\$ 1.000
SUBTOTALES:									\$ 900	\$ 100	\$ 0	\$ 1.000

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR							
ADMINISTRADORA				No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE				APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR			1	\$ 700	\$ 100	\$ 800
SUBTOTALES:					\$ 700	\$ 100	\$ 800

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																							
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL										PARAFISCALES																									
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN					SALUD					ARP				DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APOORTE	TOTAL APOORTE	TOTAL APOORTE	TOTAL APOORTE	TOTAL APOORTE							
																											ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APOORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN									VALOR ADRES	TOTAL APOORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APOORTE
1	CC 1030521513	SILVA DUARTE SANDRA PATRICIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 2.159.000				NO						A												230901-SKANDIA OBLIGATORIO	30	\$ 2.159.000	\$ 345.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 345.500	EPS008-COMPENSAR	30	\$ 2.159.000	\$ 269.900	\$ 0	\$ 269.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	\$ 2.159.000	\$ 103052151	\$ 52.600	30	\$ 2.159.000	CCCF24-COMPENSAR	\$ 43.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
2	CC 1030521513	SILVA DUARTE SANDRA PATRICIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 2.194.000				NO						C												230901-SKANDIA OBLIGATORIO	30	\$ 2.194.000	\$ 351.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 351.100	EPS008-COMPENSAR	30	\$ 2.194.000	\$ 274.300	\$ 0	\$ 274.300	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	\$ 2.194.000	\$ 103052151	\$ 53.500	30	\$ 2.194.000	CCCF24-COMPENSAR	\$ 43.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
3	CC 1030521513	SILVA DUARTE SANDRA PATRICIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 2.194.000				NO						R												230901-SKANDIA OBLIGATORIO	0	\$ 35.000	\$ 5.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 5.600	EPS008-COMPENSAR	0	\$ 35.000	\$ 4.400	\$ 0	\$ 4.400	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	0	\$ 35.000	103052151	\$ 900	0	\$ 35.000	CCCF24-COMPENSAR	\$ 700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL PAGADO:

\$ 12.000

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1030521513
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	SANDRA PATRICIA SILVA DUARTE	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	KR 73 B 6 B 25 INT 40	TELÉFONO: 4241025
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Otras actividades de atención de la
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7995428134	TIPO DE PLANILLA: N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: octubre	PERIODO COTIZACIÓN MES: octubre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD: AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:	12	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/11/18	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1930040795
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	7991311100	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA: 2025/10/15

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002530552	230901	230901-SKANDIA OBLIGATORIO	1	\$ 5.700
SUBTOTAL:			1	\$ 5.700
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600669427	EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	\$ 4.500
SUBTOTAL:			1	\$ 4.500
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600669427	CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	\$ 800
SUBTOTAL:			1	\$ 800
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 1.000
SUBTOTAL:			1	\$ 1.000

VALOR SIN MORA:	\$ 11.600
VALOR MORA:	\$ 400
TOTAL PAGADO:	\$ 12.000



BANCO DAVIVIENDA S.A.

CERTIFICA:

Que **SANDRA PATRICIA**, quien se identifica con **Cédula de ciudadanía No. 1030521513** y es titular de la cuenta terminada en ****8420** , realizó el siguiente pago a través de :

Fecha del pago	Valor	Destino	Factura - Referencia	Número de Autorización
14/11/2025	\$ 12.000,00	SOI ACH	1930040795	30040795

Se expide en Bogotá, el 14-11-2025.

Atentamente,

BANCO DAVIVIENDA S.A.



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

1 Información general

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

2 Condiciones

VER CONTRATO

3 Bienes y servicios

Ejecución del Contrato

4 Documentos del Proveedor

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

5 Documentos del contrato

Plan de Pagos

6 Información presupuestaria

¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización? ☐ Sí ☒ No

7 Ejecución del Contrato

8 Modificaciones del Contrato

ID de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
------------	-------------------	------------------	--------------------	---------------------------	--------

9 Incumplimientos

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
	☐ PS 7000 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 7000 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	1030521513 SPSPD.pdf (Archivado)	1030521513 SPSPD.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
			Borrar	Cargar nuevo	

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>