**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: 7**
**FECHA: 2025-06-09**

| DATOS DEL CONTRATISTA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2026)** | | | | | |
| **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** | | | | | |
| **Nº 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:** | | | **2026/09/30** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31** | | | | |

*SANDRA PATRICIA SILVA DUARTE*
*PS_7000_2025_DB4D76*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**SANDRA PATRICIA SILVA DUARTE**
**CC: 1030521513**
**CEL: 3155035798**

| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**<br>**APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **CÓDIGO:** AP-IA-FT-077<br>**VERSIÓN:** 2<br>**FECHA:** 2025-06-09 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **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:** | $ 71.281.600 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 5.483.200 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | DOCE (12) MESES | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | DIANA ESPERANZA TOVAR RACHE | | |

| **ITEM** | **II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO**<br>**(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.<br>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.<br>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.<br>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.<br>2.2. Producto (Evidencias): Cronogramas enviados por correo electrónico y almacenados en carpeta Drive. |
| 3 | Obligación 3:<br>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.<br>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.<br>3.2. Producto (Evidencias): Reportes técnicos enviados por correo electrónico y soporte documental en Drive. |
| 4 | Obligación 4:<br>Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de la calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento.<br>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.<br>4.2. Producto (Evidencias): Envío de reportes técnicos y evidencias cargadas en Drive. |
| 5 | Obligación 5:<br>Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados con calidad de datos (integridad, oportunidad, consistencia y exactitud).<br>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.<br>5.2. Producto (Evidencias): Reportes de indicadores y seguimiento de brotes almacenados en Drive. |
| 6 | Obligación 6: Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC.<br>6.1. Actividades desarrolladas: Revisión y aplicación de lineamientos técnicos de vigilancia sanitaria ambiental, indicadores y procedimientos del PSPIC.<br>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.<br>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.<br>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.<br>8.1. Actividades desarrolladas: Actualización de contenidos, documentos técnicos y seguimiento a indicadores de desempeño del proyecto.<br>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.<br>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).<br>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.<br>10.1. Actividades desarrolladas: Análisis de indicadores y consolidación de reportes mensuales de vigilancia sanitaria ambiental y seguimiento de brotes.<br>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.<br>11.1. Actividades desarrolladas: Organización de documentos técnicos, reportes y soportes generados en el marco del PSPIC.<br>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).<br>12.1. Actividades desarrolladas: Apoyo en la consolidación de bases de datos y análisis de priorización de casos intervenidos desde los componentes transversales.<br>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.<br>13.1. Actividades desarrolladas: No aplica para el periodo, sin registro de glosas.<br>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.<br>14.1. Actividades desarrolladas: No aplica para el periodo.<br>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 (2026-08-01) AL (2026-08-31)

## IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | N° 6025613376 | OPERADOR: | SOI |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | COMPENSAR | 2026/07/27 | $ 430.000 |
| PENSIÓN: | SKANDIA | 2026/07/27 | $ 550.400 |
| RIESGOS LABORALES: | POSITIVA | 2026/07/27 | $ 83.800 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 1.064.200 |

## V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

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

## VII. ANEXOS

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

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

| | |
|---|---|
| **NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA** | *SANDRA PATRICIA SILVA DUARTE*<br>*PS_7000_2025_DB4D76*<br>**SANDRA PATRICIA SILVA DUARTE**<br>**CC: 1030521513** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *DIANA ESPERANZA TOVAR RACHE*<br>*PS_7000_2025_DB4D76*<br>**DIANA ESPERANZA TOVAR RACHE**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

| 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 salud humana. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | **6025613376** | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | julio | AÑO 2026 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | julio | AÑO 2026 |
| DÍAS DE MORA: | | | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2026/07/27 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | 513441802 |

**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 | $ 550.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 550.400 | $ 0 | $ 550.400 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 550.400** | **$ 0** | **$ 550.400** |

**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 | $ 430.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 430.000 | $ 0 | $ 0 | $ 430.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 430.000** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 430.000** |

**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 | $ 83.800 | $ 83.800 | $ 0 | $ 0 | $ 83.800 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 83.800** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 83.800** |

**TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| CCF24 | CCF24-COMPENSAR | 1 | $ 20.700 | $ 0 | $ 20.700 |
| **SUBTOTALES:** | | | **$ 20.700** | **$ 0** | **$ 20.700** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | | | | | | | | | | | | | | | | CCF | | SENA | | ICBF | | ESAP | | MINEDU |
| 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 | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 1030521513 | SILVA DUARTE SANDRA PATRICIA | INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES | | $ 3.440.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 230901-SKANDIA OBLIGATORIO | 30 | $ 3.440.000 | $ 550.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 550.400 | EPS008-COMPENSAR | 30 | $ 3.440.000 | $ 430.000 | $ 0 | $ 430.000 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 30 | $ 3.440.000 | 103052151 | $ 83.800 | 30 | $ 3.440.000 | CCF24-COMPENSAR | $ 20.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 1.084.900**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

## 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: | **6025613376** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | julio | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | julio |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2026 | SALUD: | AÑO: | 2026 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2026/07/27 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 513441802 |

## 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 | $ 550.400 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 550.400** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8600669427 | EPS008 | EPS008-COMPENSAR | 1 | $ 430.000 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 430.000** |
| **CAJA DE COMPENSACIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8600669427 | CCF24 | CCF24-COMPENSAR | 1 | $ 20.700 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 20.700** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8600111536 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 1 | $ 83.800 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 83.800** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 1.084.900** |
| **VALOR MORA:** | **$ 0** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 1.084.900** |

Planilla Pagada

**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 |
|---|---|---|---|---|
| 27/07/2026 | $ 1.084.900,00 | SOI ACH | 513441802 | 13441802 |

Se expide en Bogotá, el 15-08-2026.

Atentamente,

**BANCO DAVIVIENDA S.A.**

Banco Davivienda S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

## Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

**VER CONTRATO**

### Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

### Plan de Pagos

**¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?** ○ Sí ◉ No

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

*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 SPSD.pdf (Archivado) | 1030521513 SPSD.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 7000 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf | PS 7000 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 7000 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf | PS 7000 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 7000 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf | PS 7000 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 7000 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf | PS 7000 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | COMUNICACION SUPERVISOR PS 7000 2025 24-3-2026.pdf | COMUNICACION SUPERVISOR PS 7000 2025 24-3-2026.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 7000 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 1 AL 19 DE 2026.pdf | PS 7000 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 1 AL 19 DE 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 7000 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 20 AL 31 DE 2026.pdf | PS 7000 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 20 AL 31 DE 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 7000 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf | PS 7000 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 7000 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf | PS 7000 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 7000 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf | PS 7000 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 7000 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf | PS 7000 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >