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: (30-04-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**ASTRID CAROLINA BLANCO SANDOVAL**			**CC:**	**1026581674**
CORREO ELECTRÓNICO:	**BLANCOCAROLINA24@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3243833498**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**TV 42A BIS 5G 10**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488430342375**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1371 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 4.304.640**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/05/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/04/01 AL 2026/04/30**				

ASTRID CAROLINA BLANCO SANDOVAL
PS_1371_2026_6A9948

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ASTRID CAROLINA BLANCO SANDOVAL
CC: 1026581674
CEL: 3243833498

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** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **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 **VERSIÓN:** 2 **FECHA:** 2025-06-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
ASTRID CAROLINA BLANCO SANDOVAL			
	CON C.C N°	**1.026.581.674**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PSICOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS-MEDICINA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1371 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 18.094.080	**No. HORAS EJECUTADAS**	**177**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 18.094.080	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4.304.640
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	HUGO GERMAN REYES GUERRERO		

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. REALIZAR LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS DETERMIDOS DENTRO DEL PLAN DE MANEJO DE SU ESPECIALIDAD, CON UN ALTO NIVEL CIENTIFICO, ETICO Y HUMANO, DE U MANERA OPORTU Y PERTINENTE, EN CORRESPONDENCIA CON LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES, Y TENIENDO EN CUENTA QUE TODAS LAS DECISIONES CLINICAS GENERADAS EN LA ATENCION MEDICA PROCURARAN EL MEJORAMIENTO DE LA SALUD DEL PACIENTE.2. BRINDAR U ATENCION EN SALUD CON OPORTUNIDAD, INTEGRIDAD, SUFICIENCIA Y PERTINENCIA, EN UN AMBIENTE DE ATENCION PERSOLIZADA Y HUMANIZADA, CUMPLIENDO EL PRINCIPIO DE EQUIDAD Y CON ENFASIS EN ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS, PROTOCOLOS, INTERVENCIONES Y GUIAS DE ATENCION, DE ACUERDO A LOS ESTANDARES DE HABILITACION Y ACREDITACION. 3. REALIZAR LAS ACTIVIDADES SEGUN LAS NECESIDADES DE LA SUBRED DANDO CUBERTURA EN TODAS LAS UNIDADES EN DONDE SE PRESTA EL SERVICIO Y SEA REQUERIDO. 4. INFORMAR AL PACIENTE Y SU FAMILIA SOBRE LA CONDICION CLINICA, PLAN DE MANEJO, ATENCION Y RECOMENDACIONES DE EGRESO, GENERANDO UN ALTO GRADO DE SATISFACCION SOBRE LOS SERVICIOS PRESTADOS, RESOLVIENDO INQUIETUDES RELACIODAS CON EL PROCESO DE ATENCION. 5. DILIGENCIAR LOS REGISTROS DE LAS ATENCIONES, PROCEDIMIENTOS, ACTIVIDADES E INTERVENCIONES, QUE PERMITA MANTENER ACTUALIZADOS LOS INFORMES ESTADISTICOS DEFINIDOS POR LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y TODOS AQUELLOS REGISTROS NECESARIOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROCESOS DE COSTOS Y FACTURACION. 6. RESPETARLOS DERECHOS DEL PACIENTE, CUMPLIR EL CODIGO DE ETICA MEDICA Y LAS DISPOSICIONES LEGALES PERTINENTES PROPIAS DE LOS SERVICIOS EN DONDE SE PRESTE LA ATENCION. 7. REALIZAR EL SEGUIMIENTO Y CONTROL A PACIENTES EN LOS QUE SE REQUIERA SU PARTICIPACION E IMPARTIR INSTRUCCIONES AL EQUIPO DE SALUD SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS ORDEDOS. 8. EMITIR CONCEPTOS MEDICOS QUE SE REQUIERAN, DE CONFORMIDAD A SU ESPECIALIDAD, REALIZAR RESUMENES DE HISTO CLINICA, EPICRISIS U OTROS DOCUMENTOS ASISTENCIALES O ADMINISTRATIVOS QUE SEAN SOLICITADOS. 9. DILIGENCIAR EN FORMA COMPLETA, OPORTU, SISTEMATIZADA Y LEGIBLE EN LOS CASOS EN QUE SE PRESENTEN FULLES DEL SISTEMA), LOS FORMATOS, LA HISTORIAS CLINICAS, CONSENTIMIENTO INFORMADO, REPORTES DE ESTUDIOS Y DEMAS REGISTROS PROPIOS DE SU ACTUAR, DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LOS PROCEDIMIENTOS DE AUDITORIA Y DEMAS DIRECTRICES RELACIODAS CON EL MANEJO DE HISTORIAS CLINICAS Y RESPALDANDO TODAS LAS ACTUACIONES REALIZADAS AL PACIENTE CON LA FIRMA. 10. GARANTIZAR LA DEBIDA RESERVA DE LA INFORMACION DEL PACIENTE Y DE LOS REGISTROS CLINICOS. 11. UTILIZAR DE MANERA ADECUADA LOS EQUIPOS, ELEMENTOS E INSTALACIONES Y LOS RECURSOS QUE LA SUBRED APORTE AL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES CONTRATADAS Y RESPONDER POR SU REPOSICION O REPARACION CUANDO LOS DAÑOS SE OCASIONEN POR NEGLIGENCIA O IDECUADA MANIPULACION DE LOS MISMOS. 12. REPORTAR AL AREA DE RECURSOS FISICOS - ACTIVOS FIJOS DE LA SUBRED. LOS EQUIPOS DE PROPIEDAD DE CONTRATISTA, QUE SE DESTINE A LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES. 13. EL CONTRATISTA DEBERA RESPONDER POR LA SEGURIDAD DE LOS EQUIPOS QUE SE ENCUENTREN BAJO SU CUSTODIA. 14. APOYAR LA ELABORACION DE RESPUESTAS A RECLAMACIONES Y REQUERIMIENTOS QUE SE PRESENTEN EN DESARROLLO DE LA ATENCION QUE SE OBLIGA A PRESTAR A LOS USUARIOS O PACIENTES QUE DEMANDEN EL SERVICIO. 15. PRESTAR EL APOYO NECESARIO PARA DAR RESPUESTA A OBJECIONES INICIALES, EVITANDO ASI QUE SE GENERE GLOSA DEFINITIVA O PROCESOS DE CONCILIACION POR PARTE DE EAPB. 16. NOTIFICAR LOS SUCESOS DE SEGUNDAD QUE SE PRESENTEN DURANTE EL PROCESO DE ATENCION AL PACIENTE Y APOYAR EN LOS ANALISIS A LOS QUE SEA CONVOCADO E IMPLEMENTAR LAS ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS PARA EL SERVICIO. 17. REPORTARLOS EVENTOS DE NOTIFICACION OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA LA NORMATIVIDAD VIGENTE. 18. APOYAR LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA DE SERVICIO EN LA REVISTA MEDICA U OTRO ESPACIO DIRIGIDAS A LOS

1	ESTUDIANTES Y/O PERSOL DEL SERVICIO, PARA EL DESARROLLO Y FORMACION DEL RECURSO HUMANO EN SALUD. 19. INSTRUIR A LA COMUNIDAD SOBRE LA PREVENCION DE LAS ENFERMEDADES PROPIAS DE SU ESPECIALIDAD. 20. INFORMAR OPORTUMENTE AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER NOVEDAD QUE AFECTE EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES. 21. FACILITAR LAS LABORES DE SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL QUE LA SUBRED REALICE FORMA DIRECTA POR LA SUBDIRECCION DE SERVICIOS DE SALUD, LA OFICI DE CALIDAD Y/O A TRAVES DE TERCEROS. 22. CUMPLIR OPORTUMENTE LAS RECOMENDACIONES, OPORTUNIDADES DE MEJORA, ACTAS DE COMPROMISO Y DEMAS SOLICITUDES DE LA SUPERVISION Y DE LA OFICI DE CALIDAD. 23. ACREDITAR INSCRIPCION EN EL RETHUS, MIPRES Y RUAF. 24. PRESTAR EL SERVICIO DE CONFORMIDAD CON LA PROGRAMACION DE AGENDA ACORDADA CON EL SUPERVISOR DE CONTRATO, PARA EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES. 25. PARTICIPAR EN LAS INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS ESPECIFICOS DE CASOS TENDIENTES A RESOLVER CAUSAS Y SOLUCIONES A PROBLEMAS PROPIOS DE SU ESPECIALIDAD RELACIODOS CON ESTA. 26. REGISTRAR EN LA HISTORIA CLINICA TODAS LAS ACCIONES RELATIVAS AL CUIDADO DEL PACIENTE PARA DEJAR CONSTANCIA CIENTIFICA Y LEGAL DE LO ACTUADO. 27. EVALUAR EL RESULTADO DE LAS ACCIONES MEDICAS TOMADAS DURANTE EL SERVICIO CON EL FIN DE AJUSTAR LAS CONDUCTAS. 28. ESTABLECER LAS MEDIDAS NECESARIAS PARA BRINDAR U ATENCION CON CALIDAD PERMITIENDO DAR SOLUCION A LAS DIFICULTADES SURGIDAS EN EL DESARROLLO DEL PROCESO DE ATENCION AL PACIENTE, INTEGRANDO A LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES MEDICO QUIRURGICAS Y DEMAS AREAS DEL HOSPITAL QUE SEAN NECESARIAS. 29. PARTICIPAR EN LA ACTUALIZACION, SOCIALIZACION Y APLICACION DE PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS SEGUN LAS GUIAS DE MANEJO DEL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL. 30. REALIZAR REGISTROS Y GENERAR INFORMES ESTADISTICOS DE LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS CON EL FIN DE EVALUAR EL COMPORTAMIENTO POBLACIOL DEL HOSPITAL. 31. PARTICIPAR EN EL DISEÑO Y LA PLANEACION ESTRATEGICA DE LA UNIDAD FUNCIOL PARA EL LOGRO DE LA VISION INSTITUCIOL. CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSOL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSOL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO.

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 (2026-04-01) AL (2026-04-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9502339135/9503973888	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/04/28	$ 225.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/04/28	$ 288.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/04/28	$ 43.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 556.900

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 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	*ASTRID CAROLINA BLANCO SANDOVAL* *PS_1371_2026_6A9948* **ASTRID CAROLINA BLANCO SANDOVAL** **CC: 1026581674**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS* *PS_1371_2026_6A9948* **DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*HUGO GERMAN REYES GUERRERO* *PS_1371_2026_6A9948* **HUGO GERMAN REYES GUERRERO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1026581674		BLANCO SANDOVAL ASTRID CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	trasv 42 a bis 5 g 10	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	259958700	9502339135	I	2026/04/20	2026/04/28	BANCO DAVIVIENDA	8	$580,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$35,100			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$576,900
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$35,100			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$576,900
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$35,100			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$576,900
1	CC	1026581674 BLANCO ASTRID																		25-14	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	30	$1,750,905	$218,900	CCF24	30	$1,750,905	$35,100	14-23	30	$1,750,905	2.436%	$42,700	30	$0	$0	No	$576,900
Total	**Afiliados(1)**																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$35,100			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$576,900

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$1,600	$0	$281,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$280,200	$1,600	$0	$281,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$300	$0	$43,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$42,700	$300	$0	$43,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$35,100	$200	$0	$35,300
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$35,100	$200	$0	$35,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$1,200	$0	$220,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$218,900	$1,200	$0	$220,100
TOTAL				**1**	**$576,900**	**$3,300**	**$0**	**$580,200**

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 1026581674		BLANCO SANDOVAL ASTRID CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	trasv 42 a bis 5 g 10	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	260152053	9503973888	N	2026/04/20	2026/04/28	BANCO DAVIVIENDA	8	$16,400

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)					$48,795	$7,800			$48,795	$6,100			$48,795	$900			$48,795	$1,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$48,795	$7,800			$48,795	$6,100			$48,795	$900			$48,795	$1,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$48,795	$7,800			$48,795	$6,100			$48,795	$900			$48,795	$1,200		$0	$0
1	CC	1026581674	BLANCO ASTRID	25-14	30	($1,750,905)	($280,200)	EPS005	30	($1,750,905)	($218,900)	CCF24	30	($1,750,905)	($35,100)	14-23	30	($1,750,905)	($42,700)	30	$0	$0
2	CC	1026581674	BLANCO ASTRID	25-14	30	$1,799,700	$288,000	EPS005	30	$1,799,700	$225,000	CCF24	30	$1,799,700	$36,000	14-23	30	$1,799,700	$43,900	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$48,795	$7,800			$48,795	$6,100			$48,795	$900			$48,795	$1,200		$0	$0

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 1026581674		BLANCO SANDOVAL ASTRID CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	trasv 42 a bis 5 g 10	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	260152053	9503973888	N	2026/04/20	2026/04/28	BANCO DAVIVIENDA	8	$16,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,800	$100	$0	$7,900
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$7,800	$100	$0	$7,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,200	$100	$0	$1,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$1,200	$100	$0	$1,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$900	$100	$0	$1,000
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$900	$100	$0	$1,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,100	$100	$0	$6,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$6,100	$100	$0	$6,200
TOTAL				1	$16,000	$400	$0	$16,400

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		
☐	1.PS_1371_2026_CUENTA DE COBRO FEBRERO DE 2026.pdf	1.PS_1371_2026_CUENTA DE COBRO FEBRERO DE 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2..PS_1371_2026_CUENTA DE COBRO MARZO DE 2026.pdf	2..PS_1371_2026_CUENTA DE COBRO MARZO DE 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1 PS 1371 2026 CRP -8643.pdf	1 PS 1371 2026 CRP -8643.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo