
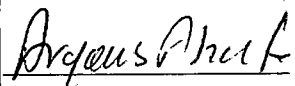
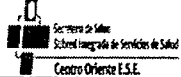
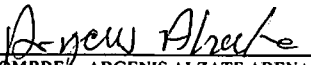


|   |   |  |  |                             |  |                     |
|---|---|--|--|-----------------------------|--|---------------------|
|    |   | <b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</b><br><b>APOYO - GESTION DE CONTRATACION</b><br><b>FORMATO INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE</b><br><b>PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION</b> |  |                             | <b>CÓDIGO: AP-IA-FT-077</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>ARGENIS ALZATE ARENAS</b>  |   |  |  |                             |  |                     |
| <b>NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:</b>  |   |  |  | 1.024.506.729               |  |                     |
| <b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>   |   | PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR                        |  |                             |  |                     |
| <b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>  |   |  | PS 5307 2024   |                             | <b>FECHA INICIO CONTRATO</b> 23/10/2024                                      |                     |
| <b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>   |   | \$ 3.280.499   | <b>PLAZO INICIAL DEL CONTRATO</b>                              |                             | UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS  |                     |
| <b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>   |   | \$ 8.939.359   | <b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>               |                             | \$ 738.112   |                     |
| <b>Nº DE INFORME:</b> 6   |   |  | <b>Nº CRP:</b> 44624   |                             | <b>Nº CDP:</b> 3662  |                     |
| <b>PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PROROGAS</b>   |   | TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS  |  |                             |  |                     |
| <b>UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>   |   |  | SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO                        |                             |  |                     |
| <b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>   |   |  | LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05 |                             |  |                     |
| <b>II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES</b>   |   |  |  |                             |  |                     |
| <b>Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:</b>   |   | 3  |  | <b>TIPO DE MODIFICACIÓN</b> |  | 3                   |
| <b>VALOR ADICIONADO</b>   |   | \$ 738.112   | <b>CDP DE LA ADICIÓN:</b> 4053                                 |                             | <b>CRP DE LA ADICIÓN:</b> 49739  |                     |
| <b>VALOR ADICIONADO</b>   |   | \$ 2.460.374   | <b>CDP DE LA ADICIÓN:</b> 4120                                 |                             | <b>CRP DE LA ADICIÓN:</b> 50735  |                     |
| <b>VALOR ADICIONADO</b>   |   | \$ 2.460.374   | <b>CDP DE LA ADICIÓN:</b> 46                                   |                             | <b>CRP DE LA ADICIÓN:</b> 7701   |                     |
| <b>III. POLIZAS</b>   |   |  |  |                             |  |                     |
| <b>¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?</b>   |   | SI   |  | NO                          |  | X                   |
| <b>Nº DE PÓLIZA:</b>  |   | <b>NOMBRE DE LA ASEGURADORA:</b>   |  |                             |  |                     |
| <b>FECHA DE LA PÓLIZA</b>   |   | <b>FECHA DE APROBACIÓN:</b>  |  |                             |  |                     |
| <b>IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO</b><br>(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)  |   |  |  |                             |  |                     |
| 1   | REALIZAR CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR DURANTE ESTE PERIODO DEL MES Y LA PROYECCIÓN DEL CRONOGRAMA DEL MES DE DEL 10 AL 31 2024 |  |  |                             |  |                     |
| 2   | REALIZAR 15 IMPLEMENTACIONES A EL PLAN DE CUIDADO FAMILIAR EN LAS LOCALIDADES DE LOS MÁRTIRES Y SANTA FE                                  |  |  |                             |  |                     |
| 3   | PARTICIPAR EN ASISTENCIA TÉCNICA CONVOCADA POR LA SDS PARA LOS EQUIPOS ÉTNICOS DIFERENCIALES.   |  |  |                             |  |                     |
| 4   | REALIZAR ATENCIÓN PROPIA DE LA MEDICINA ANCESTRAL EN EL KILOBO ARONÍ  |  |  |                             |  |                     |
| 5   | PARTICIPAR DE REUNIÓN MENSUAL DE LOS EQUIPOS ÉTNICOS, PROGRAMADA POR LA PROFESIONAL DE APOYO.   |  |  |                             |  |                     |
| 6   | REALIZAR PRE CRITICA O PRE AUDITORÍA, A LOS PRODUCTOS ENTREGADOS DURANTE EL PERÍODO.  |  |  |                             |  |                     |
| 7   | REALIZAR ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD EN LAS FAMILIAS EMBERA  |  |  |                             |  |                     |
| 8   | REALIZAR EVALUACION CON LA COMUNIDAD E INSTITUCIONES PARA EL DESARROLLO DE ACCIONES DE CADA ESPACIO PROCESO TRANSVERSAL PS PIC            |  |  |                             |  |                     |
| 9   | ORGANIZAR LOS SOPORTES PARA LA GESTION DOCUMENTAL   |  |  |                             |  |                     |
| 10  | ENTREGA DE SOPORTES DE LAS ACCIONES REALIZADAS  |  |  |                             |  |                     |
| <b>V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL</b>   |   |  |  |                             |  |                     |
| <b>No. DE PLANILLA:</b>   |   | 1069589177   |  | <b>OPERADOR:</b>            |  | SIMPLE              |
| <b>CONCEPTO DEL PAGO</b>  |   | <b>ENTIDAD</b>   |  | <b>FECHA DE PAGO</b>        |  | <b>VALOR PAGADO</b> |
| SALUD:  |   | SALUD TOTAL  |  | 10/02/2025                  |  | \$ 178.000          |
| PENSIÓN:  |   | PROTECCION   |  | 10/02/2025                  |  | \$ 227.800          |
| RIESGOS LABORALES:  |   | SURA   |  | 10/02/2025                  |  | \$ 34.700           |
| OTRO  |   |  |  |                             |  |                     |
| <b>TOTAL PAGADO</b>   |   |  |  |                             |  | \$ 440.500          |
| <b>VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA</b>  |   |  |  |                             |  |                     |
| 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo 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 ningun caso el IBC sea menor a 1 SMLMV ( de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, 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. |   |  |  |                             |  |                     |
| <b>VII. ANEXOS</b><br>(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)  |   |  |  |                             |  |                     |
| Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente   |   |  |  |                             |  |                     |
|    |   |  |  |                             |  |                     |
| <b>ARGENIS ALZATE ARENAS</b><br><b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b><br><b>CC: 1.024.506.729</b><br><b>CEL: 3243007285</b>   |   |  |  |                             |  |                     |

OK a

|  <b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</b><br><b>APOYO - GESTION DE CONTRATACION</b><br><b>FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS</b><br><b>Y DE APOYO A LA GESTION</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: 28/2/2025</b>  |  |  |                 |
| <b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>  | <b>ARGENIS ALZATE ARENAS</b>                           | <b>CC:</b>   | 1.024.506.729   |
| <b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>   | alzate.0033@gmail.com                                  | <b>RUT (NIT):</b>  |                 |
| <b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>  | KR 9 ESTE 45B 46 SUR                                   | <b>TELÉFONO:</b>   | 3243007285      |
|  |  | <b>CIUDAD:</b>   | BOGOTÁ          |
| <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>( X )</b>   |                 |
| <b>SI tomaré costos y deducciones</b>  |  | <b>( )</b>   |                 |
| <p>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.</p> |  |  |                 |
| <b>Regimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12</b> Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación  |  | <b>SI ( )</b>  | <b>NO ( X )</b> |
| <b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>  | <b>DAVIVIENDA</b>                                      | <b>TIPO DE CUENTA:</b>   | <b>AHORROS</b>  |
| <b>NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)</b>   |  | <b>Nº CUENTA:</b>  | 488435317067    |
| <b>NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)</b>   |  |  |                 |
| <b>Nº DEL CONTRATO:</b>  | PS 5307 2024   | <b>Nº CDP:</b>   | 46              |
|  |  | <b>NºCRP:</b>  | 7701            |
|  |  | <b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:</b>                               |                 |
|  |  | TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DÍAS  |                 |
| <b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>  | 23/10/2024   | <b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>  | 9/02/2025       |
|  |  | <b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES :</b>                         |                 |
|  |  | \$ 8.939.359   |                 |
| <b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>  | 01/02/2025 AL 09/02/2025                               |  |                 |
| <b>VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)</b>  | \$ 738.112   |  |                 |
|  | SETECIENTOS TREINTA Y OCHO MIL CIENTO DOCE PESOS M/CTE |  |                 |
|   |  |  |                 |
| <b>NOMBRE:</b>   | ARGENIS ALZATE ARENAS                                  |  |                 |
| <b>CC</b>  | 1.024.506.729  |  |                 |
| <b>CEL</b>   | 3243007285   |  |                 |



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E  
 APOYO - GESTION DE CONTRATACION  
 FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y  
 APOYO A LA GESTION

CÓDIGO: AP-IA-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        | ARGENIS ALZATE ARENAS |
| NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 1.024.506.729         |

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

|                      |   |
|----------------------|---|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR |
|----------------------|---|

|   |              |                       |            |
|---|--------------|-----------------------|------------|
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 5307 2024 | FECHA INICIO CONTRATO | 23/10/2024 |
|---|--------------|-----------------------|------------|

|                            |    |           |
|----------------------------|----|-----------|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | \$ | 3.280.499 |
|----------------------------|----|-----------|

|  |    |           |   |    |         |
|--|----|-----------|---|----|---------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | \$ | 8.939.359 | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ | 738.112 |
|--|----|-----------|---|----|---------|

|                          |   |                 |       |                             |      |
|--------------------------|---|-----------------|-------|-----------------------------|------|
| Nº PAGO / Nº DE INFORME: | 6 | Nº CRP INICIAL: | 44624 | Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO | 3662 |
|--------------------------|---|-----------------|-------|-----------------------------|------|

|   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS | TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS |
|---|---------------------------------------|

|   |            |           |        |
|---|------------|-----------|--------|
| Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL: | 1069589177 | OPERADOR: | SIMPLE |
|---|------------|-----------|--------|

|   |  |
|---|--|
| PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES: | CONVENIO MAS BIENESTAR - DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD |
|---|--|

|   |   |
|---|---|
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO |
|---|---|

|                        |  |
|------------------------|--|
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05 |
|------------------------|--|

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

| Nº DE MODIFICACIÓN: | Nº (3)       | TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA): |      |          | ADICIÓN (3) | PRORROGA (3)          |
|---------------------|--------------|--|------|----------|-------------|-----------------------|
| VALOR ADICIONADO    | \$ 738.112   | CDP DE LA                                  | 4053 | RP DE LA | 49739       | TIEMPO NUEVE (9) DIAS |
| VALOR ADICIONADO    | \$ 2.460.374 | CDP DE LA                                  | 4120 | RP DE LA | 50735       | TIEMPO UN (1) MES     |
| VALOR ADICIONADO    | \$ 2.460.374 | CDP DE LA                                  | 46   | RP DE LA |             | TIEMPO UN (1) MES     |

III. POLIZAS (SI APLICA)


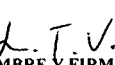
|                                |                                    |    |   |
|--------------------------------|------------------------------------|----|---|
| ¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO? | SI                                 | NO | X |
| Nº DE PÓLIZA:                  | NOMBRE DE LA ASEGURADORA:          |    |   |
| FECHA DE LA PÓLIZA             | ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN: |    |   |

IV. 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 01/02/2025 AL 09/02/2025

|  |   |
|--|---|
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO: | <br>NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:<br>LORENZA BECERRA CAMARGO<br>CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05                          |
|  | <br>NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:<br>LILIANA TELLEZ VALBUENA<br>PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR |





# PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION  
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-02-10, 02:55:19 PM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Período Cotización: enero de 2025

Período Servicio: enero de 2025

Número Planilla: 1069589177

Referencia pago (PIN): 8870802910

**PAGADO 10/02/2025**

## I. DATOS DEL APORTANTE

|                     |                       |                    |                          |
|---------------------|-----------------------|--------------------|--------------------------|
| Razón Social        | ARGENIS ALZATE ARENAS |                    |                          |
| Documento           | CC1024506729          | Dirección          | CR 9 ESTE #45 B - 46 SUR |
| Tipo de Empresa     | INDEPENDIENTE         | Teléfono           | 3166160466               |
| Tipo Persona        | NATURAL               | Forma Presentación | ÚNICO                    |
| Ciudad              | BOGOTA D.C.           | Departamento       | BOGOTA D.C.              |
| Representante Legal |                       | Identificación     |                          |
| Total Afiliados     | 1                     | ARP                | ARL SURA                 |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado |                       |                |                 | Novedades |     |       |      |     |     |    |     |     |     |     |     | Pensiones |     |     | Salud |     |          | Riesgos  |          |          | Cajas               |              |                | Parafiscales             |              |              | Total  |              |                |                      |          |             |             |             |      |                   |            |
|--------------------|-----------------------|----------------|-----------------|-----------|-----|-------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------|-----|-----|-------|-----|----------|----------|----------|----------|---------------------|--------------|----------------|--------------------------|--------------|--------------|--------|--------------|----------------|----------------------|----------|-------------|-------------|-------------|------|-------------------|------------|
| Identificación     | Apellidos y Nombres   | Tipo Cotizante | Salud Cotizante | ING       | REF | RET P | TUNE | TIR | TAR | TA | USA | CDR | CON | USI | SLN | MS        | LMS | VAC | APP   | DIR | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora      | IBC Pensión  | Aporte Pensión | Administradora           | IBC Salud    | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos  | Aporte Riesgos | Administradora       | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total      |
| CC1024506729       | ARGENIS ALZATE ARENAS | 50             | 00              |           |     |       |      |     |     |    |     |     |     |     |     |           |     |     |       |     | 0        | 30       | 30       | 0        | (233703) PROTECCION | \$ 1.423.500 | \$ 227.800     | (EPS602) SALUD TOTAL EPS | \$ 1.423.500 | \$ 178.000   | 2.436  | \$ 1.423.500 | \$ 24.700      | (SUN-CC) NINGUNA CCF | \$ 0     | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0 | \$ 0              | \$ 440.500 |

## III. TOTALES

| IBC Pensión  | IBC Salud    | IBC Riesgos  | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|--------------|--------------|--------------|-----------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------|--|-------------------|--------------------------------|-------------------------|-------------|
| \$ 1.423.500 | \$ 1.423.500 | \$ 1.423.500 | \$ 0      | \$ 227.800      | \$ 178.000    | \$ 34.700       | \$ 0          | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0                  | \$ 0   | \$ 0              | \$ 440.500                     | \$ 0                    | \$ 440.500  |



**Pago PSE****Transacción  
aprobada****Resultado de la transacción****Código único CUS**

1256974126

**Destino Pago**

SISTEMA INTEGRADO MULTIPLE DE PAGOS ELECTRONICOS S

**Motivo**

Pago PSE. Ref:8870802910-202501-310070. idTrans:310070

**Fecha**

10-02-2025

**Número de aprobación**

56974126

**Dirección IP**

181.59.3.95

**Número de factura**

173921612871307

**Valor transacción**

\$ 440.500,00

**Costo de la transacción**

\$ 0,00 IVA incluido

**Valor impuestos**

\$ 0,00

**Referencia 1**

02

**Referencia 2**

900097333

**Referencia 3**

6311