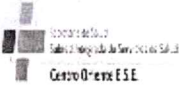
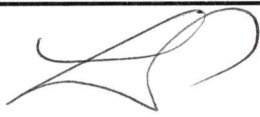
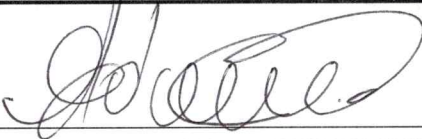


3	1. OBLIGACIÓN: Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes que se solicite conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizan actividades de seguimiento y fortalecimiento e implementación del plan de cuidado institucional en el producto 18 en las instituciones de protección para la persona adulta mayor (IPM) del entorno Cuidador Institucional. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soportes en carpetas de gestión documental: Actas, sesiones colectivas, relatorias, plan de cuidado.			
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 habitación y acreditación de servicios de salud. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se apoyo en las actividades programadas y definidas al objeto del contrato para el mejoramiento continuo. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Organización de soportes para el proceso de auditora.			
5	1. OBLIGACIÓN: Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad del dato requerida (oportunidad, consistencia, exactitud) desde su perfil profesional y conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Entrega de soportes de manera oportuna con calidad de las acciones ejecutadas para el mes correspondiente a 56 sesiones con base a los lineamientos establecidos. La entrega de los respectivos soportes se realiza de manera semanal o según indicaciones del apoyo. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soportes fichas técnicas, actas, sesiones colectivas, plan de cuidado institucional y relatorias.			
6	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: Lectura y apropiación conceptual del manual operativo según la vigencia y verificación de soportes nuevos, cajas de herramientas, fichas técnicas según la vigencia. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Apropiación conceptual de lineamientos según la vigencia, asistencia a las asistencias técnicas convocadas.			
7	1. OBLIGACIÓN: Realizar revisión y responder por los formatos de captura, documentos, bases o informes generados como resultado de las acciones o intervenciones realizadas de acuerdo a los lineamientos técnicos de los entornos y procesos transversales del convenio Interadministrativo PSPIC. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Diligenciamiento de formatos de caracterización, actas y sesiones colectivas, enfocadas principalmente en garantizar las adecuadas condiciones para el cuidado y protección de la población abordada, fomentando medidas de prevención, control y mitigación del riesgo, así como apoyar en las actividades para atender situaciones emergentes que se generen en el marco de la ejecución del lineamiento actual en las instituciones asignadas. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soportes de fichas técnicas, sesiones colectivas, relatorias, plan de cuidado institucional y informe correspondiente al trimestre de diciembre del 2024 a febrero del 2025.			
8	1. OBLIGACIÓN: Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar proceso de activación de ruta a los casos identificados durante el desarrollo de actividades acorde a la necesidad y el requerimiento por parte de las instituciones de atención para la persona adulta mayor con plan de cuidado institucional. Donde se realiza activación de rutas a riesgos identificados durante la aplicación de los diferentes tamizajes Findris, OMS/ISH GRUPO AMR B y cuestionario EPOC, Tamizaje visual y Auditivo. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Base de canalizaciones, formato excel, correo adjunto con las canalizaciones, archivo plano, información de usuarios con activación de ruta en formatos diligenciados durante las acciones y seguimiento al proceso de canalizaciones.			
9	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar separación de los formatos según vigencia correspondientes según la institución de manera ordenada cronológicamente, los soportes en cada carpeta no pueden superar los 200 folios, la carpeta debe estar foliada y la carpeta marcada y distribuida por cajas máximo 6. Se realiza diligenciamiento del FUI, tabla de retención documental. Se debe garantizar la asistencia a los fortalecimientos establecidos para la organización adecuada de la gestión documental. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Carpetas con los diferentes soportes correspondientes a la vigencia del 2024. Asistencia a los fortalecimientos a programar relacionados con la gestión documental.			
10	1. OBLIGACIÓN: Dar cumplimiento a las actividades de los procesos TRANSVERSALES del PSPIC, de acuerdo a su competencia: CANALIZACIONES, PAI, Educación para la Salud Pública, GESI, ACCVSyE, Notificación de EISP y Participación Social. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar activación de ruta de acuerdo a la identificación de necesidades y riesgos de la población abordada en los IPM generando direccionamiento y atención oportuna desde los diferentes entornos y atención por EAPB. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de activación de rutas integrales de salud y realizar respectivo seguimiento al formato de archivo plano y seguimiento a los procesos de activación de rutas.			
11	1. OBLIGACIÓN: El contratista se obliga a que las glosas que se generen por incumplimiento de las obligaciones contractuales y de acuerdo a los hallazgos que identifique el equipo de seguimiento y/o interventoría del FFDS, SDS al Convenio Interadministrativo PSPIC (conforme al anexo de CRITERIOS DE GLOSA), serán causal de inicio de apertura de procedimiento administrativo sancionatorio de incumplimiento contractual. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Generar acciones y soportes de manera oportuna y con calidad de las acciones ejecutadas según las 56 sesiones establecidas por la secretaría de salud. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de sesiones colectivas, formatos de relatorias y actas con calidad, plan de cuidado institucional, fichas técnicas.			
12	1. OBLIGACIÓN: Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Apoyo a las obligaciones asignadas por el supervisor del contrato acorde a lo requerido. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Ejecutar las acciones establecidas por la subred, el entorno y la supervisión según la necesidad.			
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:		86523797-86535050	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:		SANITAS	12/05/2025	\$ 226,300
PENSIÓN:		PORVENIR	12/05/2025	\$ 289,600
RIESGOS LABORALES:		SURA	12/05/2025	\$ 44,100
OTRO				
TOTAL PAGADO				\$ 560,000
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA				
1 - Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo 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 ningún 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 periodo correspondiente				
<div>Mayra Sanchez</div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MAYRA ALEJANDRA SANCHEZ MURILLO</div> <div>CC: 1,031,167,029</div> <div>CEL 3124795429</div>				

	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: 31/05/2025		
NOMBRES Y APELLIDOS:	MAYRA ALEJANDRA SANCHEZ MURILLO	CC: 1,031,167,029
		RUT (NIT): 1031167029-4
CORREO ELECTRÓNICO:	mayra.sanchez0108@gmail.com	TELÉFONO: 3124795429
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 80 K 85 B 09 SUR	CIUDAD: BOGOTÁ
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.		
NO tomaré costos y deducciones		(X)
SI tomaré costos y deducciones		()
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 DAVIVIENDA	
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		
	TIPO DE CUENTA: AHORROS	Nº CUENTA: 0550488422096013
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)		
Nº DEL CONTRATO:	PS 3610 2025	Nº CDP: 5-1147 - 1457
		Nº. RP: 5361-14081
		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SEIS MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	01/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: 30/06/2025
		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 24,763,655
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/05/2025 AL 31/05/2025	
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 4,127,120	
	CUATRO MILLONES CIENTO VEINTISIETE MIL CIENTO VEINTE PESOS	
<div>Mayra Sanchez</div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MAYRA ALEJANDRA SANCHEZ MURILLO</div> <div>CC: 1,031,167,029</div> <div>CEL: 3124795429</div>		

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 01/05/2025 al 31/05/2025			
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:			
		NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA PERFIL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30	
			
		NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ PERFIL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE GESTION	

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1031167029	MAYRA ALEJANDRA SANCHEZ MURILLO	kr 80k 82 b 29 sur	3124795429	mayra.sanchez0108@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-04	2025-04	I	12/05/2025	86523797	\$513.300

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	206.900	0		0		0	3	500	0	207.400	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	264.800	0	0	0	0	3	600	0	265.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	40.400				40.400	3	100	40.500			404	40.500	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados		

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	3	0	0	0
ICBF				
0	3	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	206.900	207.400
Pensión	1	264.800	265.400
Riesgos Laborales	1	40.400	40.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	512.100	513.300

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1031167029	MAYRA ALEJANDRA SANCHEZ MURILLO	kr 80k 82 b 29 sur	3124795429	mayra.sanchez0108@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
					UPC
					1
					0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-04	2025-04	I	12/05/2025	86523797	\$513.300

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Contratante	Religioso	Extranjero	Cotiza. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	VAF	VOT	SLN	ISE	LMA	VAC	ANP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1031167029	SANCHEZ MURILLO MAYRA ALEJANDRA	57	0			N						X										230301	1.655.000	264.800	0	0	0	0	EPS005	1.655.000	206.900	14-11	1.655.000	3	40.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



DAVIVIENDA

BANCO DAVIVIENDA S.A.

CERTIFICA:

Que **MAYRA ALEJANDRA SANCHEZ MURILLO**, quien se identifica con **Cédula de ciudadanía** No. **1031167029** y es titular de la cuenta terminada en ****6013**, realizó el siguiente pago a través de :

Fecha del pago	Valor	Destino	Factura - Referencia	Número de Autorización
11/05/2025	\$ 513.300,00	COMPENSAR- OI	1474695311	74695311

Se expide en Bogotá, el 11-05-2025.

Atentamente,

BANCO DAVIVIENDA S.A.

Banco Davivienda S.A.

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1031167029	MAYRA ALEJANDRA SANCHEZ MURILLO	kr 80k 82 b 29 sur	3124795429	mayra.sanchez0108@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
86523797	12/05/2025				EMPLEADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-04	2025-04	N	12/05/2025	86535050	\$48.200

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	19.400	0		0		0	3	100	0	19.500	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	24.800	0	0	0	0	3	100	0	24.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	3.700				3.700	3	100	3.800			37	3.800	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	3	0	0	0
ICBF				
0	3	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	19.400	19.500
Pension	1	24.800	24.900
Riesgos Laborales	1	3.700	3.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	47.900	48.200

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
86523797	12/05/2025				EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-04	N	12/05/2025	86535050	\$48.200	

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD		RIESGOS LABORALES			CCF		PARAFISCALES																			
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Biológico	Extranjero	Cotizante anterior	Extraterritorial	IBS	RET	TISE	ISD	ISD	ISD	VSP	VST	SLA	USE	LMA	VAC	AFP	VST	INL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBP	Aporte ESAP	Aporte MER	
1	CC	1031167029	SANCHEZ MURILLO MAYRA ALEJANDRA	57	0		N								X	X									230301	1.810.000	289.600	0	0	0	0	EP5005	1.810.000	226.300	14-11	1.810.000	3	44.100		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



DAVIVIENDA

BANCO DAVIVIENDA S.A.

CERTIFICA:

Que **MAYRA ALEJANDRA SANCHEZ MURILLO**, quien se identifica con **Cédula de ciudadanía** No. **1031167029** y es titular de la cuenta terminada en ****6013**, realizó el siguiente pago a través de :

Fecha del pago	Valor	Destino	Factura - Referencia	Número de Autorización
12/05/2025	\$ 48.200,00	COMPENSAR- OI	1474952873	74952873

Se expide en Bogotá, el 12-05-2025.

Atentamente,

BANCO DAVIVIENDA S.A.

Banco Davivienda S.A.