| | | |
|---|---|---|
| Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.** | |
| | **INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | SIASUR |

## DATOS DEL INFORME

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Periodo a Certificar:** | **Desde:** | 2025-11-01 | **Hasta:** | 2025-11-30 | |
| **Nombre del Contratista:** | HECTOR ANDRES LEON TARAPUEZ | | **Número de Documento:** | 1024480246 | |
| **Correo Electrónico:** | hectorandresleontarapuez@gmail.com | | **Número Telefónico:** | 3118842034 | |
| **Nombre del Supervisor:** | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA | **Cargo:** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD | **Código - Grado:** | 242-25 |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 6665-2025 | **Año Contrato:** | 2025 | **CDP Contrato Inicial:** | 1675 |
| **Perfil:** | BACHILLER Y-O - TECNICO (TERRITORIOS) | | | | |
| **Dirección a la que Pertenece:** | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | | | | |
| **Unidad de Servicios:** | USS SANTA MARTA | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| Centro de Costos | Dirección | Unidad | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total | Procetaje(%) Centro de Costos |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| V07UI552 | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | USS SANTA MARTA | 145 | 0 | 12100 | $1754500 | 78.8% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 1754500** | **UN MILLON SETECIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS PESOS** | | | | | |

## EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio del Contrato** | | 2025-10-01 | | **Fecha de Terminación del Contrato Inicial** | 2025-11-30 |
| **No. Prorroga** | **Fecha Inicio** | **Fecha Terminación** | **No. Adición** | **Valor Adición** | **CDP** |
| 1 | 2025-11-27 | 2026-01-09 | 1 | $ 2894320 | 1957 |
| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | | **Mes Cuenta de Cobro** | | **Valor a Pagar** | |
| 1 | | OCTUBRE | | $ 2226400 | |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| **$ 4452800** | **$ 7347120** | **$ 2226400** | **$ 5120720** |

| **OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)** | | **ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN** | **PRODUCTO O EVIDENCIA** |
|---|---|---|---|
| 1 | " 1. Apoyar la gestión de casos asignados mediante la estrategia de ruteo, garantizando el registro completo y actualizado en el aplicativo GTAPS. | -Se realiza gestión en el aplicativo GTAPS | -Base Excel |
| 2 | 2. Efectuar llamadas telefónicas de contacto inicial y seguimiento, verificando datos, condiciones de salud y necesidades de las familias. | - Se realzan llamadas para verificación de datos y oferta de servicios | - Llamada |
| 3 | 3. Apoyar los procesos de agendamiento de citas en unidades básicas resolutivas, registrando solicitudes, confirmaciones y cambios en GTAPS. | -Se realiza agendamiento de citas | - GTAPS |
| 4 | 4. Realizar contacto telefonico para recordación y verificación de asistencia a las citas programadas, dejando evidencia en GTAPS. | -Se realizan llamadas de verificación de citas. | - GTAPS |
| 5 | 5. Apoyar la gestión del riesgo en las familias mediante la orientación básica y la derivación a rutas y servicios correspondientes. | -Se realiza respectiva orientación según sea requerida por el usuario | -Llamada |
| 6 | 6. Participar en actividades de abordaje territorial presencial, apoyando la caracterización y gestión de necesidades, excepto procedimientos clínicos. | -No se realiza esta actividad. | -NA |
| 7 | 7. Diligenciar de manera oportuna y precisa los formatos, planos y registros definidos en cada acción de bienestar en GTAPS y soportes físicos. | -Se realiza diligenciamiento de cada registro en el aplicativo GTAPS | -GTAPS |
| 8 | 8. Reportar novedades, inasistencias o rechazos de visitas, garantizando la articulación con gestores técnicos o profesionales según corresponda. | -Se realiza reporte sobre datos errados y rechazos de visitas | -GTAPS |
| 9 | 9. Contribuir a las acciones de promoción de la salud y campañas territoriales mediante la entrega de mensajes clave a las familias. | - Se realiza entrega de mansajes claves a las familias | - Llamada |
| 10 | 10. Dar Cumplimiento a los indicadores de gestión establecidos (porcentaje de casos gestionados, citas agendadas y efectividad en el seguimiento) garantizando la trazabilidad en GTAPS. Cumplimiento de indicadores con soporte en reportes de GTAPS bles y unidades de reporte establecidos por la SDS. | -Se cumple con la base del aplicativo GTAPS | -GTAPS |
| 11 | 11. Asistir a los diferentes espacios convocados, como reunión mensual, comité de cuidado, fortalecimientos técnicos, precríticas y demás espacios por la SDS y la Subred. | - Se asiste a comités, reuniones de fortalecimiento y demás | -Listado de asistencia |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 12 | 12. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales." | -Se realiza asistencia a reuniones virtuales. | -Listado de asistencia |


***© Siasur - 2025***

## INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

| Periodo al que corresponde el pago | | Fecha de Pago | | | Número de Planilla | Factura Electrónica | Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior | $ 2226400 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **AÑO** | **MES** | **AÑO** | **MES** | **DÍA** | 9493742575 | - | | |
| **2025** | **OCTUBRE** | **2025** | **11** | **25** | | | | |

| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | DOS MILLONES DOSCIENTOS VEINTISEIS MIL CUATROCIENTOS PESOS |
|---|---|

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES | $ 1423500 | $ 227760 | **$ 229600** |
| Salud | | SÁNITAS | | $ 177938 | **$ 179400** |
| ARL | 3 | SEGUROS BOLIVAR | | $ 34676 | **$ 35000** |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 413129** | **$ 444000** |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 0550488449009163 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | HECTOR ANDRES LEON TARAPUEZ | 2025-11-25 22:59:01 |
| RECHAZADO SUPERVISOR | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA | 2025-11-30 18:33:50 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | HECTOR ANDRES LEON TARAPUEZ | 2025-11-30 22:54:53 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA | 2025-12-01 07:26:46 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO | 2025-12-01 14:51:51 |

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)
**NOTA:** La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo **SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

**YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA**
**PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD**
*Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611*
*www.subredsur.gov.co*
*Teléfono 7300000 Ext 26017*
***© Siasur - 2025***

| | | |
|---|---|---|
| Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.** | |
| | **INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | SIASUR |

## DATOS DEL INFORME

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Periodo a Certificar:** | **Desde:** | 2025-10-01 | **Hasta:** | 2025-10-31 | |
| **Nombre del Contratista:** | HECTOR ANDRES LEON TARAPUEZ | | **Número de Documento:** | 1024480246 | |
| **Correo Electrónico:** | hectorandresleontarapuez@gmail.com | | **Número Telefónico:** | 3118842034 | |
| **Nombre del Supervisor:** | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA | **Cargo:** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD | **Código - Grado:** | 242-25 |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 6665-2025 | **Año Contrato:** | 2025 | **CDP Contrato Inicial:** | 1675 |
| **Perfil:** | BACHILLER Y-O - TECNICO (TERRITORIOS) | | | | |
| **Dirección a la que Pertenece:** | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | | | | |
| **Unidad de Servicios:** | USS SANTA MARTA | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| Centro de Costos | Dirección | Unidad | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total | Procetaje(%) Centro de Costos |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| V07UI552 | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | USS SANTA MARTA | 184 | 0 | 12100 | $2226400 | 100% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 2226400** | **DOS MILLONES DOSCIENTOS VEINTISEIS MIL CUATROCIENTOS PESOS** | | | | | |

## EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio del Contrato** | 2025-10-01 | **Fecha de Terminación del Contrato Inicial** | 2025-11-30 |
| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | **Mes Cuenta de Cobro** | **Valor a Pagar** | |
| 1 | OCTUBRE | $ 2226400 | |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 4452800** | **$ 4452800** | **$ 2226400** | **$ 2226400** |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | " 1. Apoyar la gestión de casos asignados mediante la estrategia de ruteo, garantizando el registro completo y actualizado en el aplicativo GTAPS. | -Acompañamiento y apropiación de estrategia de ruteo. | -Acta |
| 2 | 2. Efectuar llamadas telefónicas de contacto inicial y seguimiento, verificando datos, condiciones de salud y necesidades de las familias. | -Se verifican datos de salud en el aplicativo Adress. | -Base drive |
| 3 | 3. Apoyar los procesos de agendamiento de citas en unidades básicas resolutivas, registrando solicitudes, confirmaciones y cambios en GTAPS. | -Apropiación y reconocimiento apoyando procesos de agendamiento y registro de solicitudes | -GTAPS |
| 4 | 4. Realizar contacto telefonico para recordación y verificación de asistencia a las citas programadas, dejando evidencia en GTAPS. | -No se realiza esta actividad. | -NA |
| 5 | 5. Apoyar la gestión del riesgo en las familias mediante la orientación básica y la derivación a rutas y servicios correspondientes. | -Apropiación y puesta en marcha de la obligación apoyando el proceso de gestión cuando la población lo amerite | -GTAS |
| 6 | 6. Participar en actividades de abordaje territorial presencial, apoyando la caracterización y gestión de necesidades, excepto procedimientos clínicos. | -Apropiación territorial y reconocimiento del territorio asignado (Ciudad bolivar, 166-167) | -Acta |
| 7 | 7. Diligenciar de manera oportuna y precisa los formatos, planos y registros definidos en cada acción de bienestar en GTAPS y soportes físicos. | -Se realiza apertura del aplicativo GTAPS | -GTAPS |
| 8 | 8. Reportar novedades, inasistencias o rechazos de visitas, garantizando la articulación con gestores técnicos o profesionales según corresponda. | -Aun no se realiza esta actividad | -NA |
| 9 | 9. Contribuir a las acciones de promoción de la salud y campañas territoriales mediante la entrega de mensajes clave a las familias. | -No se realiza esta actividad, | -NA |
| 10 | 10. Dar Cumplimiento a los indicadores de gestión establecidos (porcentaje de casos gestionados, citas agendadas y efectividad en el seguimiento) garantizando la trazabilidad en GTAPS. Cumplimiento de indicadores con soporte en reportes de GTAPS bles y unidades de reporte establecidos por la SDS. | -No se realiza esta actividad | -NA |
| 11 | 11. Asistir a los diferentes espacios convocados, como reunión mensual, comité de cuidado, fortalecimientos técnicos, precríticas y demás espacios por la SDS y la Subred. | -Se asiste a las debidas capacitaciones, fortalecimientos y de mas que se requiere en el programa | -Listado de asistencia |
| 12 | 12. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales." | -Asistir a las debidas inducciones, descargar aplicativo. | -Aplicativo. |

## INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

| Periodo al que corresponde el pago | | Fecha de Pago | | | Número de Planilla | Factura Electrónica | Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 9492289899 | - | | $ 1880686 |
| 2025 | SEPTIEMBRE | 2025 | 10 | 14 | | | | |

| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | UN MILLON OCHOCIENTOS OCHENTA MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y SEISPESOS |
|---|---|

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES | $ 1423500 | $ 227760 | **$ 228400** |
| Salud | | SÁNITAS | | $ 177938 | **$ 178500** |
| ARL | 3 | SEGUROS BOLIVAR | | $ 34676 | **$ 34800** |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 413129** | **$ 441700** |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 0550488449009163 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | HECTOR ANDRES LEON TARAPUEZ | 2025-10-23 22:34:33 |
| RECHAZADO SUPERVISOR | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA | 2025-10-28 10:43:42 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | HECTOR ANDRES LEON TARAPUEZ | 2025-10-28 11:23:01 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | HECTOR ANDRES LEON TARAPUEZ | 2025-10-28 11:44:34 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA | 2025-10-28 23:35:26 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO | 2025-10-29 23:51:28 |
| INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO | 2025-11-18 12:42:50 |

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)

**NOTA:** La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo **SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

**YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA**
**PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD**


***© Siasur - 2025***

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 1024480246 | | LEON TARAPUEZ HECTOR ANDRES | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | calle 61 sur No 66a 27 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 8888888 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-10 | 2025-10 | 1953906194 | 9493742575 | I | 2025/11/13 | 2025/11/25 | NEQUI | 12 | $444,000 |

**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)** | | | | | $1,423,500 | $227,800 | | | $1,423,500 | $178,000 | | | $0 | $0 | | | $1,423,500 | $34,700 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,423,500 | $227,800 | | | $1,423,500 | $178,000 | | | $0 | $0 | | | $1,423,500 | $34,700 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $1,423,500 | $227,800 | | | $1,423,500 | $178,000 | | | $0 | $0 | | | $1,423,500 | $34,700 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 1024480246 | LEON HECTOR | 231001 | 30 | $1,423,500 | $227,800 | EPS005 | 30 | $1,423,500 | $178,000 | | 0 | $0 | $0 | 14-7 | 30 | $1,423,500 | $34,700 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | | $1,423,500 | $227,800 | | | $1,423,500 | $178,000 | | | $0 | $0 | | | $1,423,500 | $34,700 | | $0 | $0 |

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 1024480246 | | LEON TARAPUEZ HECTOR ANDRES | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | calle 61 sur No 66a 27 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 8888888 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-10 | 2025-10 | 1953906194 | 9493742575 | I | 2025/11/13 | 2025/11/25 | NEQUI | 12 | $444,000 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $227,800 | $1,800 | $0 | $229,600 |
| COLFONDOS | 231001 | 800,227,940 | 6 | 1 | $227,800 | $1,800 | $0 | $229,600 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $34,700 | $300 | $0 | $35,000 |
| SEGUROS BOLIVAR | 14-7 | 860,002,503 | 2 | 1 | $34,700 | $300 | $0 | $35,000 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $178,000 | $1,400 | $0 | $179,400 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $178,000 | $1,400 | $0 | $179,400 |
| TOTAL | | | | 1 | $440,500 | $3,500 | $0 | $444,000 |

1 of 1 Select a format Export

aportes en línea

# Comprobante de Pago

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono |
| CC 1024480246 | | LEON TARAPUEZ HECTOR ANDRES | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | calle 61 sur No 66a 27 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 8888888 |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | |
|---|---|---|---|
| Periodo Pensión | 2025-10 | Periodo Salud | 2025-10 |
| Fecha límite de pago | 2025/11/13 | Fecha de pago | 2025/11/25 |
| Dias de mora | 12 | Tasa de mora | 26.16% |

| TOTALES | |
|---|---|
| Valor a pagar | $440,500 |
| Intereses de mora | $3,500 |
| Saldos e incapacidades | $0 |
| Valor total | $444,000 |

| DATOS DE LA TRANSACCIÓN | |
|---|---|
| Clave planilla | 9493742575 |
| Clave de pago | 1953906194 |
| Banco | NEQUI |



2025/11/25 10:22 PM

Página principal

Aumentar el contraste

UTC -5 22:50:32
HÉCTOR ANDRÉS LEO...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

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

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

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

**VER CONTRATO**

## Ejecución del Contrato

### Plan de Pagos

**¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?** ○ Si ◉ 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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | DOC CTO-6665-2025.zip | DOC CTO-6665-2025.zip | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | ARL BOLÍVAR 1024480246 CTO 6665-2025.pdf | ARL BOLÍVAR 1024480246 CTO 6665-2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA OCTUBRE 2025 CTO 6665-2025.pdf | CUENTA OCTUBRE 2025 CTO 6665-2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA NOVIEMBRE 2025 CTO 6665-2025.pdf | CUENTA NOVIEMBRE 2025 CTO 6665-2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar | Cargar nuevo

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia) 018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 am a 7:00 pm