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: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**DIANA ALEXANDRA AYA ARIZA**			**CC:**	**1010171557**
CORREO ELECTRÓNICO:	**Daya.subredcentrooriente@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3102673899**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**kr 12 b 26 a 01 sur**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**000770180941**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7616 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.980.800**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/14**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/11/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30**				

DIANA ALEXANDRA AYA ARIZA
PS_7616_2025_09DF7B

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
DIANA ALEXANDRA AYA ARIZA
CC: 1010171557
CEL: 3102673899

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				
DIANA ALEXANDRA AYA ARIZA				
		CON C.C N°	**1.010.171.557**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR TECNICO MAS BIENESTAR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE GESTI?N INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO MAS BIENESTAR			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 7616 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/14**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 1.788.480	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 4.769.280	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.980.800	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANA MARGARET RABA SIERRA			

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	Obligación 1: PRESTAR SUS SERVICIOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, SUSCRITO ENTRE EL SDS Y LA SUBRED. 1.1 actividades desarrolladas : Preste mis servicios con calidad y oportunidad desarrollando actividades del convenio Mas Bienestar a familias que fueron identificadas en el mes de noviembre en la localidad de san Cristóbal dejando registrado en aplicativo GTAPS-SDS 1.2 Productos (evidencia) : validación de Familias cargadas en aplicativo GTAS-SDS cargados en un tiempo de 24 horas de la intervención
2	Obligación 2: PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR, ADICIONALMENTE CON LA FINALIZACIÓN DEL MES SE DEBE ENTREGAR UN INFORME DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS PARA LA EJECUCIÓN DE SUS ACTIVIDADES. 2.1 actividades desarrolladas: Presente cronograma a diario de actividades específicas realizadas en el mes de noviembre 2025 en la localidad san Cristóbal 2.2 Productos (evidencia): dejando registro como evidencia en drive de cronograma enviado por líder a correo electrónico
3	Obligación 3: APOYAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, PRESENTANDO LA INFORMACIÓN Y/O SOPORTES QUE SE SOLICITE CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 3.1 actividades desarrolladas: apoye la prestación de servicios mediante la digitación de la información de las actividades extra murales realizadas 3.2 Productos (evidencia): como evidencia con sus respectivos soportes actas formatos de firmas y anexos
4	Obligación 4: 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 HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. 4.1 actividades desarrolladas: apoye las actividades de la subred encaminadas al mejoramiento de las actividades establecidas con calidad en los servicios de salud 4.2 Productos (evidencia): validación de actas con las respectivas firmas de la asistencia
5	Obligación 5: REALIZAR APROPIACIÓN CONCEPTUAL DESDE SU PERFIL CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 5.1 actividades desarrolladas: Realice lectura y apropiación conceptual de lineamientos, fichas técnicas y anexos del convenio Mas Bienestar equipos básicos extra murales 5.2 Productos (evidencia): como evidencia respectivas actas de las mismas con la respectiva apropiación
	Obligación 6: DESARROLLAR PROCESOS DE ASISTENCIA TÉCNICA DESDE LOS DIFERENTES PROCESOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES CONFORME A SU SABER DISCIPLINAR Y PROFESIONAL, EN FUNCIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS PROCESOS TRANSVERSALES.

6	6.1 actividades desarrolladas: cumplí asistiendo a asistencias técnicas y fortalecimientos convocados por líderes operativos y las exigencias del convenio 6.2 Productos (evidencia): como evidencia las actas de firmas de asistencias en su respectiva fecha
7	Obligación 7: REALIZAR LA REVISIÓN, ALISTAMIENTO Y ENTREGA CON CALIDAD DE CADA UNO DE LOS FORMATOS, DOCUMENTOS, BASES O INFORMES GENERADOS COMO RESULTADO DE LAS ACCIONES O INTERVENCIONES REALIZADAS EN CUMPLIMIENTO A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 7.1 actividades desarrolladas: Realice entrega de formatos de planilla de firmas con calidad plasmando información de los usuarios captados en las intervenciones realizadas en el mes de noviembre 2025 7.2 Productos (evidencia): se evidencia al 100 % de los respectivos formatos en físico entregados a técnicos
8	Obligación 8: PARTICIPAR Y GESTIONAR LOS ACERCAMIENTOS COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES QUE SE REQUIERAN, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE CADA PROCESO. 8.1 actividades desarrolladas: Participe en jornadas comunitarias o institucionales establecidas por la subred centro oriente durante el mes de noviembre 2025 8.2 Productos (evidencia): como evidencia se dejan respectivas actas de las jornadas con las firmas de asistencia del día que se realiza
9	Obligación 9: ACTIVAR Y NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES. 9.1 actividades desarrolladas: Realice derivaciones y notificaciones respectivas por cada usuario según el riesgo identificado para dar respuesta a las necesidades identificadas en la localidad de san Cristóbal 9.2 Productos (evidencia): reportes a líder operativo y con sus respectivos formatos, correos electrónicos con su respectiva canalización
10	Obligación 10: PARTICIPAR EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS CONVOCADAS POR SDS DE ACUERDO CON LOS PROCESOS ASIGNADOS Y CONFORME A LAS ACTIVIDADES, METAS Y PRODUCTOS ESTABLECIDOS EN LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 10.1 actividades desarrolladas: Participe en asistencias técnicas convocada por secretaria de salud y la subred centro oriente firmando acta de asistencia como constancia 10.2 Productos (evidencia): como soporte se encuentran las respectivas actas en físico realizadas durante la jornada
11	Obligación 11: ORGANIZAR EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL. 11.1 actividades desarrolladas: Organice las planillas de firmas revisando que se encontraran con la calidad establecida sin enmendaduras ni tachones 11.2 Productos (evidencia): como evidencia las planillas de firmas en físico entregadas a técnico de la localidad san Cristóbal con la respectiva calidad
12	Obligación 12: REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN. 12.1 actividades desarrolladas: realice desplazamiento a territorio asignado para realizar caracterización sociodemográfica de casos de ruteo, seguimientos a prioridades por los equipos básicos extra murales familias 12.2 Productos (evidencia): el 100 % de las familias se evidencian digitadas Y retroalimentadas casos de ruteo en el aplicativo GTAPS-SDS
13	Obligación 13: REALIZAR CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA A COMPLETITUD, CON CALIDAD Y VERACIDAD REALIZANDO LOS TAMIZAJES CORRESPONDIENTES SEGÚN LINEAMIENTO EN EL DESARROLLO DE LA CARACTERIZACIÓN (APGAR, TOMA DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS SEGÚN RESOLUCIÓN 3280-2018, OMS, FINDRISC, CUESTIONARIO DE EPOC Y PLANILLA DE FIRMAS), TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS SON SUJETOS DE AUDITORÍA. 13.1 actividades desarrolladas: Realice caracterizaciones a familias del territorio identificando sus riesgos aplicando los respectivos tamizajes, toma de signos vitales e identificación del riesgo y dando respuesta a sus necesidades en salud 13.2 Productos (evidencia): plasmando la información obtenida en del territorio en aplicativo GTAPS con el registro de medidas antropométricas cuestionario apgar,findrisk,oms,epoc y las lanillas de firmas que se encuentran en físico
14	Obligación 14: DILIGENCIAR LA INFORMACIÓN DE LA CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA EN EL APLICATIVO GTAPS DE LA SDS DIARIAMENTE A COMPLETITUD, CON VERACIDAD Y CALIDAD DEL DATO DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS DE LA INTERVENCIÓN, TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS SON SUJETOS DE AUDITORÍA. 14.1 actividades desarrolladas: Plasme a diario con calidad y oportunidad la información obtenida durante la caracterización sociodemográfica con un tiempo de las 24 horas 14.2 Productos (evidencia): se evidencia en el aplicativo GTAPS-SDS el 100 % de las familias reportadas en el mes de noviembre 2025
15	Obligación 15: PRESENTAR EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES E INSUMOS PREPARADOS (MAPAS BASE, MATRICES, CARTOGRAFÍA, DATOS CATASTRALES Y POBLACIONALES). 15.1 actividades desarrolladas: Retroalimente base de ruteo mapas datos catastrales con los hallazgos obtenidos durante la búsqueda dando respuesta a cada uno 15.2 Productos (evidencia): como evidencia la retroalimentación en aplicativo GTAPS de las familias enviadas por base ruteo y dando estado de efectividad a los respectivos predios asignados

16	Obligación 16: PRESENTAR MAPA CON REGISTRO DEL EJERCICIO DE CARTOGRAFÍA REALIZADO POR EL GESTOR. · MATRIZ DE INFORMACIÓN CUANTITATIVA Y CUALITATIVA, CON EL REGISTRO REALIZADO POR PARTE DEL GESTOR. 16.1 actividades desarrolladas: Realice retroalimentación de mapas y casos de ruteo en aplicativo GTAPS de la localidad de san Cristóbal 16.2 Productos (evidencia): como evidencia se verifica en aplicativo GTAPS retroalimentación de mapas verificados por geógrafos con respectiva retroalimentación de los predios
17	Obligación 17: PARTICIPAR EN EL COMITÉ TERRITORIAL EN EL QUE PARTICIPA TODO EL EQUIPO REVISIÓN Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN (CARTOGRAFÍA, MATRIZ, INFORME Y CONCLUSIONES DE COMITÉ DE CUIDADO). 17.1 actividades desarrolladas: Asistí a comité de cuidado de la localidad san Cristóbal correspondiente al mes de noviembre 2025 en la fecha que convoco el líder operativo 17.2 Productos (evidencia): como evidencia del producto se realiza la respectiva firma de acta de asistencia durante la jornada firmando actas de asistencia
18	Obligación 18: REALIZAR EL REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES EN INSTRUMENTOS DEFINIDOS PARA CAPTURA DE INFORMACIÓN CON CALIDAD (PLANILLA DE FAMILIAS CON CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ATENCIÓN INICIAL DESDE ABORDAJE TERRITORIAL, APLICATIVO EN LÍNEA DEFINIDO POR SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD). 18.1 actividades desarrolladas: Realice el registro las actividades realizadas durante el mes de noviembre 2025 con calidad para su respectiva auditoria en aplicativo GTAPS-SDS 18.2 Productos (evidencia): se evidencia el aplicativo en línea con las familias ingresadas durante el mes de noviembre 2025 con sus respectivas planillas de firmas en físico
19	Obligación 19: GESTIONAR Y ACTIVAR LOS RIESGOS EN SALUD IDENTIFICADOS CON OPORTUNIDAD A TRAVÉS DEL AGENDAMIENTO, ACTIVACIONES DE RUTA O FORMATOS DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA SEGÚN CORRESPONDA. 19.1 actividades desarrolladas: Realice proceso de agendamiento en tiempo real a usuarios tipo 4, respectivas activaciones de ruta y derivaciones a profesionales según lo identificado a nivel familiar 19.2 Productos (evidencia): como evidencia se verifica las familias tipo 4 agendadas plasmadas en base de agendamiento y en aplicativo GTAPS, formatos y correos electrónicos de activaciones y notificaciones respectivas
20	Obligación 20:CUMPLIR, SEGÚN SU PERFIL Y RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, CON TODAS LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL ANEXO TÉCNICO DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR VIGENTE, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED, ASÍ COMO CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y OPERATIVOS QUE DE ESTE SE DERIVEN. 20.1 actividades desarrolladas: Cumplí con calidad a la cantidad de actividades establecidas durante el mes de noviembre 2025 requeridas por la secretaria de salud y la subred centro oriente dejando registro en aplicativo 20.2 Productos (evidencia): como evidencia del producto se registran la cantidad de familias identificadas durante el mes de noviembre 2025 en aplicativo GTAPS y respectivo pre auditorio con la validación de la meta ejecutada

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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1077236128	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/11/13	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/13	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/11/13	$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 440.500

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	*DIANA ALEXANDRA AYA ARIZA* *PS_7616_2025_09DF7B* **DIANA ALEXANDRA AYA ARIZA** **CC: 1010171557**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA* *PS_7616_2025_09DF7B* **SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANA MARGARET RABA SIERRA* *PS_7616_2025_09DF7B* **ANA MARGARET RABA SIERRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-11-14, 04:31:16 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1077236128

Periodo Cotización: octubre de 2025 **Periodo Servicio:** octubre de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8823625738

PAGADO 13/11/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DIANA ALEXANDRA AYA ARIZA		
Documento	CC1010171557	**Dirección**	CR 12A #12 - 89 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3102673899
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	SEGUROS BOLIVAR

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	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
CC 1010171557	DIANA ALEXANDRA AYA ARIZA	57	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 1.423.500	$ 178.000	2,436	$ 1.423.500	$ 34.700	(NIN-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

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
1927223742

Destino de pago
SISTEMA INTEGRADO MULTIPLE DE PAGOS ELECTRONICOS S

Motivo
Pago PSE. Ref:8823625738-202510-1196481. idTrans:1196481

Fecha
13/11/2025

Número de aprobación
00223742

Dirección IP
181.61.247.103

Valor transacción
$ 440.500,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
02	900097333	6311

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017. DAVIVIENDA

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

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_7616_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	PS_7616_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >