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:	**MARTHA CECILIA SILVA ZAPATA**			**CC:**	**51835791**
CORREO ELECTRÓNICO:	**marcesiza@hotmail.com**			**TELÉFONO:**	**3054652076**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 68 SUR 77J 16**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**008970347848**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7506 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.980.800**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/09**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/11/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30**				

MARTHA CECILIA SILVA ZAPATA
PS_7506_2025_01113D

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MARTHA CECILIA SILVA ZAPATA
CC: 51835791
CEL: 3054652076

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			
MARTHA CECILIA SILVA ZAPATA			
	CON C.C N°	**51.835.791**	
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 7506 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/09**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.285.280	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 5.266.080	**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 más bienestar equipos básicos extramurales, suscrito entre el ffds y la subred. Actividades desarrolladas 1.1 Ejecuté intervenciones extramurales garantizando la aplicación de protocolos asistenciales y normativos vigentes, asegurando oportunidad en la atención y adecuada interacción con la comunidad. Productos (evidencias) 1.2 Registro validado de intervenciones asistenciales en los formatos institucionales aprobados (planillas, fichas y aplicativos establecidos).
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. Actividades desarrolladas 2.1Elaboré y estructuré el cronograma mensual de actividades, integrando metas, territorios y tiempos operativos conforme a planificación del convenio. Productos (evidencias) 2.2cronograma mensual y reporte de cierre de actividades con evidencias
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. Actividades desarrolladas 3.1 recolecté organicé la entrega de información requerida en los anexos técnicos, asegurando su completitud y veracidad. Productos (evidencias) 3.2 carpeta consolidada de soportes solicitados según lineamientos técnicos
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. Actividades desarrolladas 4.1Participé en los procesos de auditoría interna y calidad, implementando acciones correctivas y preventivas orientadas al cumplimiento de estándares. Productos (evidencias) 4.2 Actas, reportes de acciones de mejora y evidencia de implementación.
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. Actividades desarrolladas 5.1 Actualicé y revisé permanentemente los anexos, lineamientos técnicos y normativos del convenio, aplicándolos en el desarrollo operativo. Productos (evidencias) 5.2 Acta de apropiación de lineamientos
6	Obligación 6. Desarrollar procesos de asistencia técnica desde los difrentes procesos del convenio mas bienestar equipos básicos extramurales conforme a su saber disciplinar y profesional, en función de los requerimientos procesos transversales. Actividades desarrolladas 6.1Brindé apoyo técnico dentro de las actividades misionales del convenio, ajustándose a los requerimientos metodológicos y disciplinarios. Productos (evidencias) 6.2 Informe técnico breve de acompañamiento asistencial y acciones realizadas.
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. Actividades desarrolladas 7.1 Verifiqué la calidad, exactitud y completitud de todos los formatos y documentos generados en campo antes de su entrega. Productos (evidencias) 7.2 Paquete documental revisado, foliado y entregado según trd institucional
8	Obligación 8. Participar y gestionar los acercamientos comunitarios e institucionales que se requieran, para el desarrollo de las acciones de cada proceso. Actividades desarrolladas 8.1 Coordiné acciones de acercamiento comunitario realizando comunicaciones previas y articulación territorial. Productos (evidencias)8.2Registro de actividades comunitarias (actas, listados o soportes de visita
9	Obligación 9. Activar y notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. Actividades desarrolladas 9.1 Identifiqué, clasifiqué y reporté oportunamente eventos de interés en salud pública según lineamiento del sivigila y rutas sds. Productos (evidencias) 9.2 Formato de notificación individual o colectiva debidamente diligenciado

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. Actividades desarrolladas 10.1 Asistí a las convocatorias técnicas y aplicar los lineamientos recibidos en las actividades extramurales. Productos (evidencias) 10.2 Registro de asistencia o evidencia de participación en asistencia técnica
11	Obligación 11. Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo con la normatividad y tabla de retención documental. Actividades desarrolladas 11.1Clasifiqué y custodié la documentación generada en campo conforme a la trd, asegurando conservación y acceso eficiente. Productos (evidencias) 11.2 Archivo físico o digital organizado según criterios de trd.
12	Obligación 12. Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión. Actividades desarrolladas 12.1Ejecuté actividades adicionales asignadas, siempre enmarcadas en el objeto contractual y conforme a procedimientos de la subred. Productos (evidencias) 12.2 Registro o evidencia de cumplimiento de la actividad asignada
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. Actividades desarrolladas 13.1 Apliqué instrumentos de caracterización demográfica y clínica (apgar, antropometría, findrisc, epoc, planillas de firma) conforme a lineamientos 3280/2018 y sds. Productos (evidencias) 13.2 Formato de caracterización completo, con tamizajes y registros clínicos adjuntos.
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. Actividades desarrolladas 14.1 Registré diariamente la información de caracterización en gtaps dentro de las primeras 24 horas, asegurando validación y calidad del dato. Productos (evidencias) 14.2Captura de carga en gtaps o reporte de consolidación diaria del sistema
15	Obligación 15. Presentar el cronograma de actividades e insumos preparados (mapas base, matrices, cartografía, datos catastrales y poblacionales). Actividades desarrolladas 15.1Preparar mapas base, matrices, cartografía y datos poblacionales para las actividades de territorialización. Productos (evidencias) 15.2 Paquete de insumos (mapas base, matrices, cartografía y datos).
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. Actividades desarrolladas 16.1Consolidé el mapa territorial con la información recolectada en campo y estructurar la matriz cuantitativa y cualitativa correspondiente. Productos (evidencias) 16.2 Mapa territorial actualizado y matriz consolidada
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). Actividades desarrolladas 17.1Asistí al análisis de cartografía, matriz e informes, generando conclusiones sobre riesgos y necesidades del territorio. Productos (evidencias) 17.2 acta de comité territorial con observaciones y análisis registrados
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). Actividades desarrolladas 18.1 Registré con calidad la información de visitas e intervenciones en los instrumentos físicos y digitales definidos por la sds. Productos (evidencias) 18.2 Planillas y registros en aplicativo en línea debidamente diligenciados.
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. Actividades desarrolladas 19.1 Activé rutas de atención, realicé agendamientos y diligencié los formatos de notificación según el riesgo identificado. Productos (evidencias) 19.2 Formato de activación de ruta o reporte de riesgo gestionado.
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. Actividades desarrolladas 20.1 Desarrollé las actividades misionales asignadas siguiendo estrictamente los lineamientos del convenio y procesos operativos establecidos. Productos (evidencias) 20.2Informe de cumplimiento de actividades según metas y productos del anexo técnico.

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° 91380350	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/11/12	$ 178.000
PENSIÓN:	SIN DATO	2025/11/12	$ 0
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/11/12	$ 34.700

OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 212.700

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	*MARTHA CECILIA SILVA ZAPATA* *PS_7506_2025_01113D* **MARTHA CECILIA SILVA ZAPATA** **CC: 51835791**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA* *PS_7506_2025_01113D* **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_7506_2025_01113D* **ANA MARGARET RABA SIERRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	51835791	MARTHA CECILIA SILVA ZAPATA	cl 65 h 78j-03 sur	7755187	marcesiza@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	12/11/2025	91380350	$241.200	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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

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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	28.500	0	0	28.500	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	178.000	178.000
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	1	28.500	28.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	241.200	241.200

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	51835791	MARTHA CECILIA SILVA ZAPATA		cl 65 h 78j-03 sur	7755187	marcesiza@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

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	
2025-10	2025-10	I	12/11/2025	91380350	$241.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	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	51835791	SILVA ZAPATA MARTHA CECILIA	59	4			N																		0	0	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-7	1.423.500	3	34.700	CCF24	1.423.500	28.500	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

PSE - Transacción Aprobada ✅ CUS 1922092634

De: serviciopse@achcolombia.com.co serviciopse@achcolombia.com.co
Para: marcesiza@hotmail.com marcesiza@hotmail.com
Enviado: martes, 11 de noviembre 7:00 p. m.

¡Hola, martha cecilia silva zapata!
Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:



Valor: $ 241.200
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Fecha de la transacción: 11/11/2025
CUS: 1922092634
Gracias por utilizar nuestro servicio.

Ten encuenta estos tips de seguridad:

- Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
- No abras enlaces sospechosos.
- Cambia tus contraseñas con regularidad.
- Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
- Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.

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

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de l

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

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por	
☐	PS_7506_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	PS_7506_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	Proveedor	D

Bor

Cancelar

< Evaluación de l

LA SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.

INFORMA:

Que en esta Sociedad Administradora se le realizó Devolución de Saldos por SOLICITUD POR DEVOLUCIÓN DE SALDOS VEJEZ NORMAL al(a) Señor(a) MARTHA CECILIA SILVA ZAPATA, identificado(a) con Documento No. 51,835,791, por las siguientes sumas:

Fecha	Descripción	Valor
Nov.08/22	DEVOLUCION_SALDOS	$30,881,343.00

Así las cosas el(la) Señor(a) MARTHA CECILIA SILVA ZAPATA, no se encuentra pensionado(a) por Vejez, Invalidez o Sobrevivencia en esta Sociedad Administradora.

Se expide la presente certificación a solicitud del(a) interesado(a), a los 19 días del mes de Octubre de 2025.

Cordialmente,



_____

Gerente de Clientes