**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: (31-12-2025)** | | | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **CELIA JAQUELINE PERALTA MARTINEZ** | | | **CC:** | **23624209** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **yaqui152009@gmail.com** | | | **TELÉFONO:** | **3118860576** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **CL 138 152 02** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCO DAVIVIENDA S.A.** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **008400720747** |
| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 6663 2025** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | | | **$ 456.000** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **2025/10/01** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | | **2026/01/31** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31** | | | | |

*CELIA JAQUELINE PERALTA MARTINEZ*
*PS_6663_2025_A1F285*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**CELIA JAQUELINE PERALTA MARTINEZ**
**CC: 23624209**
**CEL: 3118860576**

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**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<br>**VERSIÓN:** 2<br>**FECHA:** 2025-06-09 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | |
| **CELIA JAQUELINE PERALTA MARTINEZ** | | | |
| | **CON C.C N°** | **23.624.209** | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 6663 2025** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2025/10/01** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 4.195.200 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **20** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 20.679.600 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 456.000 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | CUATRO (4) MESES | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA | | |

| **ITEM** | **II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO**<br>**(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)** |
|---|---|
| 1 | 1. OBLIGACION: Prestar sus servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 1.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Desarrollar actividades propuestas en la localidad Los mártires como son: Asesorías en salud en los productos 25, 33, 75 y 84. 1.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos de fichas propias de las actividades de labora. |
| 2 | 2. OBLIGACION: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Entrega de cronograma con las actividades realizadas durante el mes. 2.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Cronograma en magnético drive: https://drive.google.com/drive/folders/1HH8tvISxLGD5kTi1VdEsgrA4imZJMMH?usp=sharing. |
| 3 | 3. OBLIGACION: 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. 3.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Brindar apoyo de las actividades programadas por el entorno laboral en pro del cumplimiento de las metas y demás actividades que disponga el líder del entorno. 3.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta y listados de asistencia. |
| 4 | 4. OBLIGACION: 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: Brindar asesoría para el cuidado y la protección de la salud en NNA y asesorías de promoción del cuidado de la salud con énfasis en prevención de factores de riesgo de condiciones crónicas no transmisibles con trabajadores de la economía informal. 4.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos NNA, UTI y demás formatos del proceso laboral. |
| | 5. OBLIGACION: 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. 5.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Garantizar la calidad y cantidad de los procesos asignados durante el mes en curso y realizar alistamiento de carpetas para auditoria. 5.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos NNA, UTI, tamizajes y envío de bases de condiciones crónicas y toma de glucometría a los correos: |

| | |
|---|---|
| 5 | espaciotrabajosubredco2@gmail.com.<br>mapinzonr.subredcentrooriente@gmail.com. |
| 6 | 6. OBLIGACION: Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 6.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizó lectura y apropiación conceptual a lineamientos y caja de herramientas para la ejecución de las actividades de la nueva vigencia octubre 2025 a junio 2027. 6.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas y listados de asistencia. |
| 7 | 7. OBLIGACION: Realizar revisión y responder por los formatos de captura, documentos, bases o informes generados como resultado de las acciones o intervenciones realizadas de acuerdo con los lineamientos técnicos de los entornos y procesos transversales del convenio Interadministrativo PSPIC. 7.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Garantizar la calidad y cantidad de los procesos asignados durante el mes en curso y realizar alistamiento de carpetas para auditoria. 7.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos NNA, UTI, tamizajes y envío de bases de condiciones crónicas y toma de glucometría a los correos: espaciotrabajosubredco2@gmail.com. mapinzonr.subredcentrooriente@gmail.com |
| 8 | 8. OBLIGACION: Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 8.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar Canalización sectorial e intersectorial, proceso de agendamiento y activaciones de ruta según necesidad de los NNA y trabajadores de las unidades de trabajo informal intervenidos. 8.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de Excel de canalización, formatos de epidemiologia según evento de interés en salud pública identificado. |
| 9 | 9. OBLIGACION: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo con la normatividad y tabla de retención documental. 9.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Organizar en capetas los soportes generados para el desarrollo de las actividades, teniendo en cuenta foliar, perfilar las hojas y marcas las carpetas acordes a los productos que se ejecutan en el entorno. 9.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta y listados de asistencia. |
| 10 | 10. OBLIGACION: Dar cumplimiento a las actividades de los procesos TRANSVERSALES del PSPIC, de acuerdo con su competencia: CANALIZACIONES, PAI, Educación para la Salud Publica, GESI, ACCVSyE, Notificación de EISP y Participación Social. 10.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Cumplir con activación de ruta y notificación acorde a necesidad identificada tanto a nivel individual y colectivo. 10.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): formato de canalización y notificación según evento. |
| 11 | 11. OBLIGACION: El contratista se obliga a que las glosas que se generen por incumplimiento de las obligaciones contractuales y de acuerdo con 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. 11.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Diligenciar de forma adecuada los formatos de UTI de acuerdo a los instructivos de cada formato. 11.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos de UTI y formatos de NNA. |
| 12 | 12. OBLIGACION: Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. 12.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Cumplimiento de las actividades asignadas en el entorno cuidador laboral, jornadas de salud dando respuesta a la meta signada durante el mes. 12.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta y listados de asistencia. |

**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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | N° 9493210948 | OPERADOR: | APORTES EN LINEA |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | SANITAS | 2025/10/14 | $ 260.300 |
| PENSIÓN: | PROTECCION | 2025/10/14 | $ 333.200 |
| RIESGOS LABORALES: | SEGUROS BOLIVAR | 2025/10/14 | $ 50.800 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 644.300 |

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** | *CELIA JAQUELINE PERALTA MARTINEZ*<br>*PS_6663_2025_A1F285*<br>**CELIA JAQUELINE PERALTA MARTINEZ**<br>**CC: 23624209** |
| **FIRMA DE QUIEN VALIDA** | *JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN*<br>*PS_6663_2025_A1F285*<br>**JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN**<br>**SUPERVISOR ALTERNO** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA*<br>*PS_6663_2025_A1F285*<br>**LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |

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 23624209 | | PERALTA MARTINEZ CELIA JAQUELINE | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CRA 129B # 137B-03 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5555555 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-09 | 2025-09 | 1850846362 | 9493210948 | I | 2025/10/03 | 2025/10/14 | BANCO DAVIVIENDA | 11 | $690,800 |

**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)** | | | | | $2,082,000 | $333,200 | | | $2,082,000 | $260,300 | | | $2,082,000 | $41,700 | | | $2,082,000 | $50,800 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $2,082,000 | $333,200 | | | $2,082,000 | $260,300 | | | $2,082,000 | $41,700 | | | $2,082,000 | $50,800 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $2,082,000 | $333,200 | | | $2,082,000 | $260,300 | | | $2,082,000 | $41,700 | | | $2,082,000 | $50,800 | | $0 | $0 |
| 1 | CC 23624209 | PERALTA CELIA | 230201 | 30 | $2,082,000 | $333,200 | EPS005 | 30 | $2,082,000 | $260,300 | CCF24 | 30 | $2,082,000 | $41,700 | 14-7 | 30 | $2,082,000 | $50,800 | 30 | $0 | $0 |
| **Total Afiliados( 1)** | | | | | $2,082,000 | $333,200 | | | $2,082,000 | $260,300 | | | $2,082,000 | $41,700 | | | $2,082,000 | $50,800 | | $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 23624209 | | PERALTA MARTINEZ CELIA JAQUELINE | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CRA 129B # 137B-03 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5555555 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-09 | 2025-09 | 1850846362 | 9493210948 | I | 2025/10/03 | 2025/10/14 | BANCO DAVIVIENDA | 11 | $690,800 |

## RESUMEN DE PAGO

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $333,200 | $2,300 | $0 | $335,500 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 1 | $333,200 | $2,300 | $0 | $335,500 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $50,800 | $400 | $0 | $51,200 |
| SEGUROS BOLIVAR | 14-7 | 860,002,503 | 2 | 1 | $50,800 | $400 | $0 | $51,200 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $41,700 | $300 | $0 | $42,000 |
| COMPENSAR | CCF24 | 860,066,942 | 7 | 1 | $41,700 | $300 | $0 | $42,000 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $260,300 | $1,800 | $0 | $262,100 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $260,300 | $1,800 | $0 | $262,100 |
| TOTAL | | | | 1 | $686,000 | $4,800 | $0 | $690,800 |

DAVIVIENDA

## Pago PSE

### Resultado de su transacción

**Código único CUS**
1850846362

**Destino de pago**
APORTES EN LINEA

**Motivo**
Pago de la Planilla de aportes con clave: 9493210948

**Fecha**
14/10/2025

**Número de aprobación**
00846362

**Dirección IP**
191.156.236.240

**Valor transacción**
$ 690.800,00

**Costo de la transacción**
$ 0,00 IVA incluido

| Referencia 1 | Referencia 2 | Referencia 3 |
|---|---|---|
| 191.156.233.204 | CC | 23624209 |

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

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 23624209 | | PERALTA MARTINEZ CELIA JAQUELINE | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CRA 129B # 137B-03 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5555555 | 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 | 1927104140 | 9494720442 | I | 2025/11/06 | 2025/11/14 | BANCO DAVIVIENDA | 8 | $616,200 |

**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)** | | | | | $1,860,500 | $297,700 | | | $1,860,500 | $232,600 | | | $1,860,500 | $37,300 | | | $1,860,500 | $45,400 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,860,500 | $297,700 | | | $1,860,500 | $232,600 | | | $1,860,500 | $37,300 | | | $1,860,500 | $45,400 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $1,860,500 | $297,700 | | | $1,860,500 | $232,600 | | | $1,860,500 | $37,300 | | | $1,860,500 | $45,400 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 23624209 | PERALTA CELIA | 230201 | 30 | $1,860,500 | $297,700 | EPS005 | 30 | $1,860,500 | $232,600 | CCF24 | 30 | $1,860,500 | $37,300 | 14-7 | 30 | $1,860,500 | $45,400 | 30 | $0 | $0 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | | $1,860,500 | $297,700 | | | $1,860,500 | $232,600 | | | $1,860,500 | $37,300 | | | $1,860,500 | $45,400 | | $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 23624209 | | PERALTA MARTINEZ CELIA JAQUELINE | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CRA 129B # 137B-03 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5555555 | 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 | 1927104140 | 9494720442 | I | 2025/11/06 | 2025/11/14 | BANCO DAVIVIENDA | 8 | $616,200 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $297,700 | $1,500 | $0 | $299,200 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 1 | $297,700 | $1,500 | $0 | $299,200 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $45,400 | $300 | $0 | $45,700 |
| SEGUROS BOLIVAR | 14-7 | 860,002,503 | 2 | 1 | $45,400 | $300 | $0 | $45,700 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $37,300 | $200 | $0 | $37,500 |
| COMPENSAR | CCF24 | 860,066,942 | 7 | 1 | $37,300 | $200 | $0 | $37,500 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $232,600 | $1,200 | $0 | $233,800 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $232,600 | $1,200 | $0 | $233,800 |
| TOTAL | | | | 1 | $613,000 | $3,200 | $0 | $616,200 |

**BANCO DAVIVIENDA S.A.**

**CERTIFICA:**

Que **CELIA JAQUELINE**, quien se identifica con **Cédula de ciudadanía** No. **23624209** y es titular de la cuenta terminada en ****0747** , realizó el siguiente pago a través de :

| Fecha del pago | Valor | Destino | Factura - Referencia | Número de Autorización |
|---|---|---|---|---|
| 13/11/2025 | $ 616.200,00 | APORTES EN LINEA | 1927104140 | 27104140 |

Se expide en Bogotá, el 13-11-2025.

Atentamente,

**BANCO DAVIVIENDA S.A.**

Banco Davivienda S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | PS 6663 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf | PS 6663 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 6663 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES OCTUBRE 2025.pdf | PS 6663 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES OCTUBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 6663 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf | PS 6663 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >