

|                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                 |                                                  |         |              |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------|---------|--------------|-------------|
| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                             |                                 |                                                  |         |              |             |
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |                                                  |         |              |             |
| NOMBRES Y APELLIDOS:                                                                                                                                                                                                                                                              | WENDY JOHANNA MARTINEZ PACHECO  |                                                  |         | CC:          | 1147688106  |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                                                                                                                                                                                                                                               | wjmartinezp@unincca.edu.co      |                                                  |         | TELÉFONO:    | 3213818496  |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:                                                                                                                                                                                                                                                              | KR 10 ESTE 80 20 SUR BL B CA 13 |                                                  |         | CIUDAD:      | BOGOTA      |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR:                                                                                                                                                                                                                                                          | BANCO CAJA SOCIAL               | TIPO DE CUENTA:                                  | AHORROS | N° CUENTA:   | 24105245038 |
| DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                             |                                 |                                                  |         |              |             |
| N° DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                                  | PS 6608 2025                    | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO |         | \$ 3.293.600 |             |
| FECHA DE INICIO CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                          | 2025/10/01                      | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:                   |         | 2026/01/31   |             |
| PERIODO OBJETO DE COBRO:                                                                                                                                                                                                                                                          | DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31    |                                                  |         |              |             |
| <div><div>WENDY JOHANNA MARTINEZ PACHECO<br/>PS_6608_2025_6BDC1B</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:<br/>WENDY JOHANNA MARTINEZ PACHECO<br/>CC: 1147688106<br/>CEL: 3213818496</div> |                                 |                                                  |         |              |             |

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y  
WENDY JOHANNA MARTINEZ PACHECO

CON C.C N° 1.147.688.106

|                      |                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTI?N COMO TECNOLOGO EN SANEAMIENTO AMBIENTAL 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 6608 2025     | FECHA INICIO CONTRATO                     | 2025/10/01   |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                            | \$ 3.293.600     | No. HORAS EJECUTADAS                      | 184          |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:          | \$ 13.532.400    | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 3.293.600 |
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS               | CUATRO (4) MESES |                                           |              |

|                                               |                                 |
|-----------------------------------------------|---------------------------------|
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO |
| 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. Obligación 1: 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.<br>1.1 Actividades desarrolladas: se desarrollaron visitas de inspección, vigilancia y control de perfil tecnológico en las localidades asignadas.<br>1.2 Productos (evidencias): formato físicos de IVC en archivo central del área VSA y registro de los mismos en el aplicativo siviliga dc para el mes certificado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 2    | 2. Obligación 2: presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.<br>2.1 actividades desarrolladas: actividades desarrolladas se programaron de acuerdo al censo establecido y direccionado por la secretaria distrital de salud, alimentado de manera diaria y de acuerdo a los establecido por el líder de línea.<br>2.2 productos (evidencias): censo establecido y direccionado por secretaria distrital de salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 3    | 3. Obligación 3: 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.<br>3.1 actividades desarrolladas: se presentaron las actas y formatos diligenciados correspondientes al mes.<br>3.2 productos (evidencias): formato físicos de IVC en archivo central del área VSA y registro de los mismos en el aplicativo siviliga dc para el mes certificado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 4    | 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.<br>4.1 actividades desarrolladas: apoyo de actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad.<br>4.2 productos (evidencias): formato físicos de IVC en archivo central del área VSA y registro de los mismos en el aplicativo siviliga dc para el mes certificado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 5    | 5. Obligación 5: cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad del dato requerida (oportunidad, consistencia, exactitud) desde su perfil técnico y conforme a los anexos y lineamientos técnicos del proceso de la vigilancia de la salud ambiental-VSA del convenio interadministrativo PSPIC.<br>5.1 actividades desarrolladas: desarrollo de las actividades y productos estipuladas en la meta con la calidad del dato requerido según el perfil de tecnólogo en saneamiento ambiental<br>5.2 productos (evidencias): formato físicos de IVC en archivo central del área VSA y registro de los mismos en el aplicativo siviliga dc para el mes certificado.                                                                                                                                                                                     |
| 6    | 6. Obligación 6: desarrollar los procesos descritos en los lineamientos técnicos relacionados con la vigilancia de la salud ambiental-VSA del convenio interadministrativo PSPIC, según las competencias de la autoridad sanitaria verificando la normatividad sanitaria y garantizando la prevención y control de los diferentes factores de riesgo que puedan poner en peligro a la salud pública.<br>6.1 actividades desarrolladas: el desarrollo de los respectivos procesos descritos y asignados por la entidad relacionados con la vigilancia de salud ambiental VSA , según las competencias de la autoridad sanitaria previniendo y controlando factores de riesgo que pueden causar riesgo a la salud publica<br>6.2 productos (evidencias): formato físicos de IVC en archivo central del área VSA y registro de los mismos en el aplicativo siviliga dc para el mes certificado |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7  | 7. Obligación 7: desarrollar procesos de asistencia técnica a los diferentes procesos del plan de intervenciones colectivas conforme a su saber disciplinar y técnico, en función de los requerimientos de entornos y/p procesos transversales.<br>7.1 actividades desarrolladas: no hubo para el periodo<br><br>7.2 productos (evidencias): no hubo para el periodo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 8  | 8. Obligación 8: organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental.<br>8.1 actividades desarrolladas: organización de los archivos de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental<br>8.2 productos (evidencias): soportes entregados al componente de vigilancia de la salud ambiental.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 9  | 9. Obligación 9: dar cumplimiento a las actividades de los procesos transversales del PSPIC, de acuerdo a su competencia: canalizaciones, pai, educación para la salud publica, gesi, accvsye, notificación de eisp y participación social.<br>9.1 actividades desarrolladas: no hubo para el periodo<br><br>9.2 productos (evidencias): no hubo para el periodo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 10 | 10. Obligación 10 :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 ffd_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.<br>10.1 actividades desarrolladas: durante el mes no se recibió visita por parte de la sds_ffd para realizar el proceso de auditoria del componente de vsa, sin embargo fue realizado el proceso de preauditoria de la línea de intervención garantizando así la calidad y oportunidad de los soportes de las actividades ejecutadas, pendiente seguimiento auditoria.<br>10.2 productos (evidencias): durante el mes no se recibió visita por parte de la sds_ffd para realizar el proceso de auditoria del componente de vsa, sin embargo fue realizado el proceso de preauditoria de la línea de intervención garantizando así la calidad y oportunidad de los soportes de las actividades ejecutadas, pendiente seguimiento auditoria. |
| 11 | 11. Obligación 11: realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión<br>11.1 actividades desarrolladas: actividades asignadas desde el componente de vigilancia de la salud ambiental.<br>11.2 productos (evidencias): formato físicos de IVC en archivo central del área VSA y registro de los mismos en el aplicativo sivilga dc para el mes certificado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

**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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

| IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL |             |               |              |
|-----------------------------------------------|-------------|---------------|--------------|
| No. DE PLANILLA:                              | N° 91571539 | OPERADOR:     | MI PLANILLA  |
| CONCEPTO DEL PAGO                             | ENTIDAD     | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD:                                        | SANITAS     | 2025/12/10    | \$ 178.000   |
| PENSIÓN:                                      | PROTECCION  | 2025/12/10    | \$ 227.800   |
| RIESGOS LABORALES:                            | SURA        | 2025/12/10    | \$ 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



WENDY JOHANNA MARTINEZ PACHECO  
PS\_6608\_2025\_6BDC1B

WENDY JOHANNA MARTINEZ PACHECO  
CC: 1147688106

FIRMA DE QUIEN VALIDA



JAVIER RICARDO PEÑUELA PEREZ  
PS\_6608\_2025\_6BDC1B

JAVIER RICARDO PEÑUELA PEREZ  
SUPERVISOR ALTERNO

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS  
OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO



LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA  
PS\_6608\_2025\_6BDC1B

LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA  
SUPERVISOR DEL CONTRATO

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |     |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |     |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS     | UPC |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | 1             | 0   |
|                      |                                   |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |     |
| 2025-11              | 2025-11                           | I             | 10/12/2025               | 91571539        | \$471.500     |     |

| 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 | 178.000                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 8         | 900                   | 0              | 178.900       | 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 |
| 230201          | Proteccion (ING + Protección) | 800229739-0 | 227.800                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 8         | 1.200                 | 0              | 229.000       | 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 | 34.700                 |                  |       |                        | 34.700                | 8         | 200                   | 34.900              |                            |                     | 347               | 34.900        | 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       | 8         | 200               | 28.700        | 1             |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 8         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 8         | 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                             | 178.900       |
| Pensión                | 1                              | 227.800                             | 229.000       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 34.700                              | 34.900        |
| CCF                    | 1                              | 28.500                              | 28.700        |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| <b>TOTALES</b>         | 4                              | 469.000                             | 471.500       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                |        |                      |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|--------------------------------|--------|----------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE               |        | DIRECCIÓN            | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1147688106        | WENDY JOHANNA MARTINEZ PACHECO |        | KR 10 ESTE 80 20 SUR | 0000000            | wjmartinezp@uinicca.edu.co          |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                | CÓDIGO | DEPARTAMENTO         | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                                |        | BOGOTÁ D. C.         | BOGOTÁ, D.C.       |                                     |
|                     |                   |                                |        |                      |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                                |        |                      |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLADOS      |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC           |
| 2025-11              | 2025-11                           | I             | 10/12/2025               | 91571539        | \$471.500     |
|                      |                                   |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                                |           |        |           |                  |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |      |     |    |         |    |    |    |    |    |          |           |            |                      |                      |                                |                                 |          |           |                        |          |              |                 |            |            |           |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|------|-----------------------|--------------------------------|-----------|--------|-----------|------------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|----|---------|----|----|----|----|----|----------|-----------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------------------------|----------|--------------|-----------------|------------|------------|-----------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                                |           |        |           |                  |           |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |      |     |    | PENSIÓN |    |    |    |    |    |          |           | SALUD      |                      |                      | RIESGOS LABORALES              |                                 |          | CCF       |                        |          | PARAFISCALES |                 |            |            |           |            |                        |             |             |             |            |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres            | Cotizante | Sueldo | Exonerado | Columna exterior | Exonerado | ING | RET                   | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | IOE | MA | MA      | MA | MA | MA | MA | MA | 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      | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF   | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1                     | CC   | 1147688106            | MARTINEZ PACHECO WENDY JOHANNA | 59        | 0      |           | N                |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |      |     |    |         |    |    |    |    |    | 230201   | 1.423.500 | 227.800    | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPS005   | 1.423.500 | 178.000                | 14-11    | 1.423.500    | 3               | 34.700     | CCF24      | 1.423.500 | 28.500     | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |

PAGADA

10:08

Vo. 4.5G LTE 65



Pago PSE

CERRAR



WP

## Pago de Servicios Electrónicos



### ¡Transacción exitosa!

Pago sujeto a aprobación. Para concluir, por favor seleccione la opción "Regresar al comercio" y verifique el estado final de la transacción. Si tiene algún inconveniente, comuníquese con la entidad con la que liquidó su planilla o con el comercio desde el cual está realizando la compra o pago.

Fecha y hora: 10 diciembre 2025 10:08 a.m.

Dirección IP: 191.156.117.221

Número de transacción: APII5344325379295709

Número de confirmación: e663f3fc21e9

Cuenta Origen: Cuentamiga \*\*\*\*\*5038

Comercio: COMPENSAR-OI

Nit del comercio: 9998600669427

Código del servicio: 99000

Referencia de Pago: 91571539

REFERENCIA 1: 191.156.117.221

REFERENCIA 2: CC

REFERENCIA 3: 1147688106

Código de la transacción (CUS): 1995927925

Fecha de la solicitud: 10 diciembre 2025

Ciclo de la transacción: 3

Valor: \$ 471.500,00

Descripción de la transacción: MIPlanilla.com Pago

Proteccion Social

Valor del impuesto: \$ 0,00



Regresar al comercio



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver Contrato

1 Información general

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

2 Condiciones

VER CONTRATO

3 Bienes y servicios

Ejecución del contrato

4 Documentos del Proveedor

5 Documentos del contrato

Factura del contrato

6 Información presupuestal

¿Se necesita autorización de  
registro? ☐ Si ☒ No

7 Ejecución del Contrato

| ID de pago | Número de factura | Fecha de asunto | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|------------|-------------------|-----------------|--------------------|---------------------------|--------|
|------------|-------------------|-----------------|--------------------|---------------------------|--------|

8 Modificaciones del Contrato

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

9 Incumplimientos

Crear

Documentos de ejecución del contrato

|                          | Descripción                                         | Nombre del archivo                                  | Subido por                                                  |
|--------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | PS 6608 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf       | PS 6608 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf       | Proveedor <a href="#">descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | PS 6608 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025 (1).pdf | PS 6608 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025 (1).pdf | Proveedor <a href="#">descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>