**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: (31-01-2026)** | | | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **ZENEIDY PAOLA MARTINEZ TORRES** | | | **CC:** | **1033689950** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **ZENeidypaolamartinez.subredco@gmail.com** | | | **TELÉFONO:** | **3138584556** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **CL 41 SUR N° 10A - 07** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCO DAVIVIENDA S.A.** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **002100127170** |
| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 7643 2025** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | | | **$ 2.980.800** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **2025/10/14** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | | **2026/02/28** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31** | | | | |

*ZENEIDY PAOLA MARTINEZ TORRES*
*PS_7643_2025_F6F315*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**ZENEIDY PAOLA MARTINEZ TORRES**
**CC: 1033689950**
**CEL: 3138584556**

| | | |
|---|---|---|
| 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** | | | |
| **ZENEIDY PAOLA MARTINEZ TORRES** | | | |
| | **CON C.C N°** | **1.033.689.950** | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR TECNICO MAS BIENESTAR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION 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 7643 2025** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2025/10/14** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 1.788.480 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **184** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 17.826.480 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 2.980.800 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | CINCO (5) 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**<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 CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED.<br>1.1 Actividades desarrolladas: Realicé las intervenciones de ruteo, agendamiento de citas y seguimiento familiar en los tiempos establecidos, con calidad y oportunidad<br>1.2 Productos (evidencias): Descargue de plano GTAPS donde se evidencia fecha de la ejecución de cada actividad, su oportunidad y calidad de entrega |
| 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<br>2.1 Actividades desarrolladas: Diligencié cronograma mensual de actividades a desarrollar mensualmente, además entregué el informe de actividades desarrolladas en concordancia con la ejecución de actividades.<br>2.2 Productos (evidencias): Formato de cronograma mensual diligenciado en su totalidad, informe entregado finalizado el mes. |
| 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.<br>3.1 Actividades desarrolladas: Desarrollé las actividades contractuales de acuerdo con el lineamiento técnico del convenio vigente suscrito entre el FDS y la Subred. Presenté la información y soportes solicitados.<br>3.2 Productos (evidencias): Descarga de plano GTPAS entregados en digital donde se evidencia la prestación de servicios en el convenio MAS BIENESTAR. |
| 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: Apoyé las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de la calidad y aquellas definidas en los planes de mejoramiento de los estándares de habilitación, mediante la asistencia a fortalecimientos técnicos y operativos.<br>4.2 Productos (evidencias): Formato de firmas de actas de fortalecimientos técnicos y operativos |
| 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.<br>5.1 Actividades desarrolladas: Realicé la apropiación conceptual, desde mi perfil, de los anexos y lineamientos técnicos del Convenio Más Bienestar suscrito entre el FDS y la Subred.<br>5.2: Productos (evidencias): Acta de apropiación de lineamientos técnicos realizada y firmada personalmente |
| 6 | 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.<br>6.1 Actividades desarrolladas: Desarrollé procesos de asistencia técnica según mi saber disciplinar y profesional, de acuerdo con los requerimientos de los procesos transversales del convenio.<br>6.2: Productos (evidencias): Actas de asistencia técnica donde se evidencia mi participación según saber disciplinar. |

| | |
|---|---|
| 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<br>7.1 Actividades desarrolladas: Revisé, alisté y entregué con calidad de los formatos, documentos, bases e informes generados como resultado de las acciones ejecutadas, cumpliendo con los anexos y lineamientos técnicos del convenio.<br>7.2 Productos (evidencias): Descarga plano GTAPS donde se evidencian actividades ejecutadas, además de actas de asistencia a fortalecimientos técnicos y acta de apropiación territorial |
| 8 | Obligación 8: PARTICIPAR Y GESTIONAR LOS ACERCAMIENTOS COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES QUE SE REQUIERAN, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE CADA PROCESO.<br>8.1 Actividades desarrolladas: Participé y gestioné los acercamientos comunitarios e institucionales necesarios para el desarrollo de las acciones de cada proceso.<br>8.2: Productos (evidencias): Actas de acercamiento comunitario e institucional. |
| 9 | Obligación 9: ACTIVAR Y NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES.<br>9. 1 Actividades desarrolladas: Activé y notifiqué los eventos de interés en salud pública detectados durante mis intervenciones.<br>9.2 Productos (evidencias): Formatos de canalización enviados durante mis intervenciones. |
| 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.<br>10.1 Actividades desarrolladas: Participé en las asistencias técnicas convocadas por la SDS, de acuerdo con los procesos asignados y conforme a las actividades, metas y productos establecidos en los anexos y lineamientos técnicos del convenio.<br>10.2: Productos (evidencias): Acta de asistencias técnicas convocada por Secretaría Distrital de Salud |
| 11 | Obligación 11: ORGANIZAR EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL.<br>11.1 Actividades desarrolladas: Organicé el archivo de la documentación generada según la normatividad y la tabla de retención documental.<br>11.2 Productos (evidencias): Documentación entregada donde se evidencia su previa organización y oportunidad en la entrega. |
| 12 | Obligación 12: REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN.<br>12.1 Actividades desarrolladas: Realicé las demás obligaciones relacionadas con el objeto del contrato y que fueron requeridas por la supervisión.<br>12.2 Productos (evidencias): Entrega y firma de actas de participación en obligaciones requeridas por la supervisión |
| 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.<br>13.1 Actividades desarrolladas: Realicé la caracterización sociodemográfica a completitud, con calidad y veracidad, aplicando los tamizajes definidos por lineamiento (APGAR, medidas antropométricas, Findrisc, cuestionario de EPOC, planilla de firmas), garantizando productos auditables.<br>13.2 Productos (evidencias): Descarga de plano GTAPS donde se evidencian la realización de los tamizajes correspondientes. |
| 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.<br>14.1 Actividades desarrolladas: Diligencié la información de la caracterización sociodemográfica en el aplicativo GTAPS dentro de las primeras 24 horas posteriores a cada intervención, con calidad, veracidad y completitud.<br>14.2 Productos (evidencias): Descargue de aplicativo GTAPS donde se evidencia la fecha de cargue de la información en concordancia con la fecha de la intervención |
| 15 | Obligación 15: PRESENTAR EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES E INSUMOS PREPARADOS (MAPAS BASE, MATRICES, CARTOGRAFÍA, DATOS CATASTRALES Y POBLACIONALES).<br>15.1 Actividades desarrolladas: Presenté el cronograma de actividades e insumos preparados, incluyendo mapas base, matrices, cartografía y datos catastrales y poblacionales.<br>15.2 Productos (evidencias): Formatos físicos de mapa, base, matriz y datos catastrales obtenidos en la apropiación territorial. |
| 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.<br>16.1 Actividades desarrolladas: Presenté el mapa del ejercicio de cartografía realizado, junto con la matriz de información cuantitativa y cualitativa correspondiente.<br>16.2 Productos (evidencias): Mapa físico donde se evidencia el ejercicio cartográfico |
| 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 DEL COMITÉ DE CUIDADO).<br>17.1 Actividades desarrolladas: Participé en el comité territorial junto con el equipo, realizando la revisión y análisis de la información disponible (cartografía, matrices, informes y conclusiones del Comité de Cuidado).<br>17.2 Productos (evidencias): Acta de comité territorial donde se evidencia mi participación en el espacio. |
| | 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).<br>18.1 Actividades desarrolladas: Registré las actividades en los instrumentos establecidos para la captura de información con calidad, tales como |

| | |
|---|---|
| 18 | planillas de familias con consentimiento informado, atención inicial territorial y el aplicativo en línea definido por la SDS.<br>18.2: Productos (evidencias): Descargue plano aplicativo GTAPS, formatos de firmas de intervenciones y formatos físicos entregados. |
| 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.<br>19.1 Actividades desarrolladas: Gestioné y activé oportunamente los riesgos en salud identificados mediante agendamiento, activación de rutas o formatos de notificación de eventos de interés en salud pública, según correspondiera.<br>19.2 Productos (evidencias): Descargue plano GTAPS y formatos de canalización donde se evidencia la gestión de riesgos en salud |
| 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.<br>20.1 Actividades desarrolladas: Cumplí, según mi perfil y responsabilidades, 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 derivados del mismo.<br>20.2 Productos (evidencias): Descarga plano aplicativo GTAPS donde se evidencia la ejecución completa de las actividades ejecutadas de acuerdo con lineamientos técnicos. |

## 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 (2026-01-01) AL (2026-01-31)

## IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | N° 9497100201-9496267381 | OPERADOR: | APORTES EN LINEA |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | COMPENSAR | 2026/01/02 | $ 359.500 |
| PENSIÓN: | PORVENIR | 2026/01/02 | $ 460.100 |
| RIESGOS LABORALES: | SEGUROS BOLIVAR | 2026/01/02 | $ 70.100 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 889.700 |

## 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** | *ZENEIDY PAOLA MARTINEZ TORRES*<br>*PS_7643_2025_F6F315*<br>**ZENEIDY PAOLA MARTINEZ TORRES**<br>**CC: 1033689950** |

| | |
|---|---|
| **FIRMA DE QUIEN VALIDA** | *SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA*<br>*PS_7643_2025_F6F315*<br>**SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA**<br>**SUPERVISOR ALTERNO** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *ANA MARGARET RABA SIERRA*<br>*PS_7643_2025_F6F315*<br>**ANA MARGARET RABA SIERRA**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |

aportes en línea

# Planilla Resumen

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1033689950 | | MARTINEZ TORRES ZENEIDY PAOLA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CALLE 41 SUR 10A-07 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3111111 | No |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombre | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip | | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Tarifa | Aporte | Días | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| **SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,451,520 | $232,300 | | | $1,451,520 | $181,500 | | | $1,451,520 | $29,100 | | | $1,451,520 | | $35,400 | | $0 | $0 | | $478,300 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,451,520 | $232,300 | | | $1,451,520 | $181,500 | | | $1,451,520 | $29,100 | | | $1,451,520 | | $35,400 | | $0 | $0 | | $478,300 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,451,520 | $232,300 | | | $1,451,520 | $181,500 | | | $1,451,520 | $29,100 | | | $1,451,520 | | $35,400 | | $0 | $0 | | $478,300 |
| 1 | CC | 1033689950 | MARTINEZ ZENEIDY | | | | | | | | | X | | | | | | | | | 230301 | 30 | $1,451,520 | $232,300 | EPS008 | 30 | $1,451,520 | $181,500 | CCF22 | 30 | $1,451,520 | $29,100 | 14-7 | 30 | $1,451,520 | 2.436% | $35,400 | 30 | $0 | $0 | No | $478,300 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,451,520 | $232,300 | | | $1,451,520 | $181,500 | | | $1,451,520 | $29,100 | | | $1,451,520 | | $35,400 | | $0 | $0 | | $478,300 |



Scanned with CamScanner

aportes en línea

# Planilla Resumen

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-11 | 2025-11 | 93842305 | 9496267381 | I | 2025/12/12 | 2025/12/11 | BANCO DE OCCIDENTE | 0 | $478,300 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $232,300 | $0 | $0 | $232,300 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $232,300 | $0 | $0 | $232,300 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $35,400 | $0 | $0 | $35,400 |
| SEGUROS BOLIVAR | 14-7 | 860,002,503 | 2 | 1 | $35,400 | $0 | $0 | $35,400 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $29,100 | $0 | $0 | $29,100 |
| COLSUBSIDIO | CCF22 | 860,007,336 | 1 | 1 | $29,100 | $0 | $0 | $29,100 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $181,500 | $0 | $0 | $181,500 |
| COMPENSAR | EPS008 | 860,066,942 | 7 | 1 | $181,500 | $0 | $0 | $181,500 |
| TOTAL | | | | 1 | $478,300 | $0 | $0 | $478,300 |

Scanned with CamScanner

EFECTIVO LIDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9619752149 DV: 528752
Cliente:113237 PLANILLAS AVAL Aportes en Linea Arus Compensar Asopagos Simple Mi Plan

Fecha: 10/12/2025 17:42:23
PAP: 900927
Nombre: naa
Apellido 1: naa
NUM PLANILLA: 9496267381
TIPO DE IDENTIFICACION: CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO IDENTIFICACION: 1033689950
PERIODO: 202511
Referencia: 9496267381Valor: $478.300,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo: Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

Scanned with CamScanner

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

**VER CONTRATO**

## Ejecución del Contrato

### 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_7643_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf | PS_7643_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf | Proveedor |
| ☐ | PS_7643_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf | PS_7643_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf | Proveedor |

Cancelar

< Evaluación

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 1033689950 | | MARTINEZ TORRES ZENEIDY PAOLA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CALLE 41 SUR 10A-07 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3138584556 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-12 | 2025-12 | 93578301 | 9497100201 | I | 2026/01/15 | 2026/01/02 | BANCO DE OCCIDENTE | 0 | $469,000 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $1,423,500 | $227,800 | | | $1,423,500 | $178,000 | | | $1,423,500 | $28,500 | | | $1,423,500 | $34,700 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,423,500 | $227,800 | | | $1,423,500 | $178,000 | | | $1,423,500 | $28,500 | | | $1,423,500 | $34,700 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $1,423,500 | $227,800 | | | $1,423,500 | $178,000 | | | $1,423,500 | $28,500 | | | $1,423,500 | $34,700 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 1033689950 MARTINEZ ZENEIDY | 230301 | 30 | $1,423,500 | $227,800 | EPS008 | 30 | $1,423,500 | $178,000 | CCF22 | 30 | $1,423,500 | $28,500 | 14-7 | 30 | $1,423,500 | $34,700 | 30 | $0 | $0 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | $1,423,500 | $227,800 | | | $1,423,500 | $178,000 | | | $1,423,500 | $28,500 | | | $1,423,500 | $34,700 | | $0 | $0 |

Scanned with CamScanner

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 1033689950 | | MARTINEZ TORRES ZENEIDY PAOLA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CALLE 41 SUR 10A-07 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3138584556 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-12 | 2025-12 | 93578301 | 9497100201 | I | 2026/01/15 | 2026/01/02 | BANCO DE OCCIDENTE | 0 | $469,000 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $227,800 | $0 | $0 | $227,800 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $227,800 | $0 | $0 | $227,800 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $34,700 | $0 | $0 | $34,700 |
| SEGUROS BOLIVAR | 14-7 | 860,002,503 | 2 | 1 | $34,700 | $0 | $0 | $34,700 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $28,500 | $0 | $0 | $28,500 |
| COLSUBSIDIO | CCF22 | 860,007,336 | 1 | 1 | $28,500 | $0 | $0 | $28,500 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $178,000 | $0 | $0 | $178,000 |
| COMPENSAR | EPS008 | 860,066,942 | 7 | 1 | $178,000 | $0 | $0 | $178,000 |
| TOTAL | | | | 1 | $469,000 | $0 | $0 | $469,000 |

Scanned with CamScanner

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9622747278 DV: 990089
Cliente:113237 PLANILLAS AVAL Aportes en Linea Arus Compensar Asopagos Simple Mi Plan
Fecha: 30/12/2025 15:54:35
PAP: 900927
Nombre: NAA
Apellido 1: NAA
NUM PLANILLA: 9497100201
TIPO DE IDENTIFICACION: CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO IDENTIFICACION: 1033689950
PERIODO: 202512
Referencia: 9497100201Valor: $469.000,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo: Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

Scanned with CamScanner

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

**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_7643_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf | PS_7643_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf | Proveedor |
| ☐ | PS_7643_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf | PS_7643_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf | Proveedor |
| ☐ | PS_7643_2025_ADICIONALES_NOVIMEBRE.pdf | PS_7643_2025_ADICIONALES_NOVIMEBRE.pdf | Proveedor |
| ☐ | PS_7643_2025_DICIEMBRE.pdf | PS_7643_2025_DICIEMBRE.pdf | Proveedor |

Cancelar

< Evaluación