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:	**MARIANELLA DUCUARA LUNA**			**CC:**	**1000850996**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ducuaramarianella@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3152257069**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KM 10 VIA LA CALERA**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488445437301**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 6891 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 4.195.200**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/01/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31**				

MARIANELLA DUCUARA LUNA
PS_6891_2025_00EAE8

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MARIANELLA DUCUARA LUNA
CC: 1000850996
CEL: 3152257069

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** AP-IA-FT-077 **VERSIÓN:** 2 **FECHA:** 2025-06-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
MARIANELLA DUCUARA LUNA			
	CON C.C N°	**1.000.850.996**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN TRABAJO SOCIAL 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 6891 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.195.200	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 16.780.800	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4.195.200
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** **(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)**
1	Obligación 1: PRESTAR SUS SERVICIOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL DISTRITO CAPITAL SEGÚN CONVENIO PSPIC VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 1.1 Actividades desarrolladas: Recibir el 100% de canalizaciones generadas por todos los componentes de PSPIC modalidad sin aseguramiento y migrantes irregulares entregados vía correo y a través del anexo verificando lo siguiente: Que adjuntó el instrumento de canalización y que está nominado correctamente: No. documento generador No. documento usuario canalizado fecha generación Registrar la canalización en el formato Excel de recepción de canalizaciones Validar la calidad de los datos registrados en el instrumento de canalización como verificación tipo aseguramiento en ADRES y el 100% de los datos del cabezote de la canalización. Al final de la validación de los dos perfiles, se debe notificar al generador cuando la canalización fue rechazada en el tiempo establecido de la validación. Entre este perfil y profesional se cuenta con 1 (un) día hábil a partir de la fecha de generación, los ajustes solo se revisarán 1 vez luego será una canalización rechazada definitivamente. 1.2 Productos (evidencias): *100% Validación del cabezote de las canalizaciones recibidas modalidad sin aseguramiento y migrantes irregulares. Anexo 5 y base de canalizaciones validadas.
2	Obligación 2: PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR. 2.1 Actividades desarrolladas: Presentación de cronograma actividades a ejecutar en el proceso con datos entregables. Alistamiento de productos correspondientes al proceso de canalizaciones y activación de rutas. 2.2 Productos (evidencias): Soportes drive en medio magnético y acta
3	Obligación 3: APOYAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, PRESENTANDO LA INFORMACIÓN Y/O SOPORTES QUE SE SOLICITEN CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO PSPIC VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 3.1 Actividades desarrolladas: Seguimiento al anexo 3 y 5 del procedimiento de canalizaciones, Seguimiento al plan de acción, seguimiento y envió de bases de datos derivados de los drives compartidos. 3.2 Productos (evidencias): Actas - listas de asistencia - soportes drive de anexos 3 y 5, carpeta de aseguramiento, carpeta de seguimientos a los tiempos modalidad sin aseguramiento, migrantes irregulares y barreras de acceso.
	Obligación 4: APOYAR LAS ACTIVIDADES INHERENTES AL OBJETO DEL CONTRATO PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD Y AQUELLAS DEFINIDAS DENTRO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE LOS DIFERENTES ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. 4.1 Actividades desarrolladas: Validación de la modalidad, activación de rutas y riesgos de las canalizaciones de migrantes no regulares por el Anexo y respuesta de aceptación o rechazo de las canalizaciones. * Verificación del diligenciamiento del A5_Migrantes, en la calidad del dato establecida y en el reporte de rechazos al respectivo generador. * Permitir acceso al usuario con permiso de ajuste. * Envío semanal los miércoles o jueves si es festivo del anexo migrantes, entre entornos y cooperantes según oferta disponible (modalidad EAPB); según línea técnica desde la referente del nivel Central y cargar las respuestas recibidas. * Seguimiento a los tiempos para la gestión oportuna de canalizaciones. * Identificación de canalizaciones sin respuestas con vencimiento en los tiempos de gestión. * Envío semanal los martes del anexo barreras de acceso; según línea técnica desde la referente del nivel Central y cargar las respuestas recibidas. * Envío semanal los miércoles del incumplimiento de respuestas de barreras de acceso a la EAPB, según los tiempos y línea técnica desde la referente del nivel central.

4	4.2 Productos (evidencias): Soportes drive en medio magnético y acta
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 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: Desarrollo de capacidades técnicas y operativas de prescripción social y activación de rutes: La profesional debe construir la metodología de esta apropiación conceptual y presentarle dicha propuesta a la líder de activación de rutas y prescripción social donde se identifique cual es la mejor metodología para lograr una cobertura de apropiación en afiliación y barreras de Acceso en todos los equipos territoriales 5.2 Productos (evidencias): Actas de apropiación conceptual, material metodológico.
6	Obligación 6: 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: Realizar apropiación conceptual en las reuniones de equipo de canalizaciones y prescripción social. desarrollar la apropiación conceptual en afiliación en salud, pertinencia en las canalizaciones modalidad sin afiliación y barreras de Acceso. En este mismo espacio se debe socializar y entregar en físico el Algoritmo de comunicación para resolución de canalizaciones modalidad sin afiliación en tiempo real. 6.2 Productos (evidencias): Actas - listas de asistencia - soportes drive en medio magnético.
7	Obligación 7: 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: * Verificar el nominal entregado por el Técnico de Canalizaciones donde reporta los casos de aseguramiento sin respuesta. * Realizar el cierre por subred a través del aplicativo SIRC del 100% de los casos ingresados, con la siguiente periodicidad: * Al día sexto (6) hábil de haber sido ingresada la canalización, para las rutas riesgo (2 a la 17) y usuarios sin aseguramiento. * Al día calendario dieciséis (16) de haber sido ingresada la canalización, en caso de tratarse modalidad: Entidad Administradora de Planes de Beneficios (EAPB), de la ruta 1 de promoción y mantenimiento de la salud, modalidad oferta intersectorial y modalidad entre entornos. De ser día no hábil se dará un cierre anticipado. * Verificar que el 100% de las respuestas a las canalizaciones de migrantes irregulares de todas las modalidades, que sean acordes a la gestión realizada: EAPB-Cooperante: (acceso efectivo, rechazado, persona familia y comunidad sin acceso). 7.2 Productos (evidencias): Actas - listas de asistencia - soportes drive en medio magnético y correos.
8	Obligación 8: NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES. 8.1 Actividades desarrolladas: Se notificarán los eventos de interés en salud pública que se identifiquen en cada una de las intervenciones a las distintas transversalidades del PIC. 8.2 Productos (evidencias): Actas - listas de asistencia - soportes drive en medio magnético y correos
9	Obligación 9: ORGANIZAR EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL. 9.1 Actividades desarrolladas: De acuerdo con lineamiento técnico operativo se realizan actividades y se consolidar en el cuadro de datos entregables. para esta actividad canalizaciones se maneja todo de forma virtual o medio magneto en drive o correos electrónico 9.2 Productos (evidencias): Actas - listas de asistencia - soportes drive en medio magnético y correos
10	Obligación 10: 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: Con los diferentes profesionales líderes de localidad de vida cotidiana, procesos transversales, referentes de políticas para la salud y la vida y oficina de atención al usuario. Se informan los resultados del tablero de control con énfasis en indicadores críticos del procedimiento de activaciones de rutas y canalizaciones con el objeto de implementar acciones de mejora. Así mismo, si se requiere por solicitud de uno de los territorios de vida cotidiana, procesos transversales, referentes de políticas para la salud y la vida y oficina de atención al usuario o del equipo de canalizaciones; realizar mesas de trabajo para la mejora en la generación de canalizaciones y en la respuesta a las mismas. 10.2 Productos (evidencias): Actas - listas de asistencia - soportes drive en medio magnético y correos
11	Obligación 11: 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: Entrega de Word de preauditoria con las actividades desarrolladas durante el mes con soportes de acuerdo con los entregables del documento operativo. y verificado por líder de proceso de canalizaciones. 11.2 Productos (evidencias): Documento Word de preauditoria, Actas - listas de asistencia - soportes drive Carpeta de migrantes irregulares, carpeta de aseguramiento, carpeta de seguimiento a barreras de acceso en medio magnético.
	Obligación 12: 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: De acuerdo con lineamiento técnico operativo se desarrollan las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión.

12	12.2 Productos (evidencias): Actas - soportes drive en medio magnético y correos

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° 1268188	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/01/05	$ 209.800
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/01/05	$ 268.500
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/01/05	$ 40.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 519.200

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	*MARIANELLA DUCUARA LUNA* *PS_6891_2025_00EAE8* **MARIANELLA DUCUARA LUNA** **CC: 1000850996**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*YULIETH DIAZ NIETOPEN* *PS_6891_2025_00EAE8* **YULIETH DIAZ NIETOPEN** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA* *PS_6891_2025_00EAE8* **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1000850996	MARIANELLA DUCUARA LUNA	KM 11 VIA LA CALERA	3152257069	lunaducuara45@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	LA CALERA		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	05/01/2026	1268188	$519.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	209.800	0		0		0	0	0	0	209.800	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 + Proteccion)	800229739-0	268.500	0	0	0	0	0	0		268.500	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	40.900				40.900	0	0	40.900			409	40.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	209.800	209.800
Pensión	1	268.500	268.500
Riesgos Laborales	1	40.900	40.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	519.200	519.200

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1000850996	MARIANELLA DUCUARA LUNA		KM 11 VIA LA CALERA	3152257069	lunaducuara45@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	LA CALERA	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	05/01/2026	1268188	$519.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1000850996	DUCUARA LUNA MARIANELLA	59	0			N																	230201	1.678.080	268.500	0	0	0	0	EPS008	1.678.080	209.800	14-11	1.678.080	3	40.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

BANCO DAVIVIENDA S.A.

CERTIFICA:

Que **MARIANELLA**, quien se identifica con **Cédula de ciudadanía** No. **1000850996** y es titular de la cuenta terminada en ***7301** , realizó el siguiente pago a través de :

Fecha del pago	Valor	Destino	Factura - Referencia	Número de Autorización
05/01/2026	$ 519.200,00	COMPENSAR-OI	2059222680	59222680

Se expide en Bogotá, el 09-01-2026.

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

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ○ Sí ◉ No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	PS 6891 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 6891 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6891 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 6891 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6891 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	PS 6891 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >