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:	**CAREN DANIELA RINCON PANQUEVA**			**CC:**	**1016059266**
CORREO ELECTRÓNICO:	**DARINCON.SUBREDCENTROORIENTE@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3222034798**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 7 1 44 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DE BOGOTA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**580096717**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7512 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 4.839.200**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/09**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/02/28**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31**				

CAREN DANIELA RINCON PANQUEVA
PS_7512_2025_807A19

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CAREN DANIELA RINCON PANQUEVA
CC: 1016059266
CEL: 3222034798

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				
CAREN DANIELA RINCON PANQUEVA				
	CON C.C N°	**1.016.059.266**		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO GESTOR OPERATIVO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE GESTI?N INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO MAS BIENESTAR			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 7512 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/09**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.710.053	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 27.906.053	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4.839.200	
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** **(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)**
1	Obligación 1: PRESTAR SUS SERVICIOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 1.1 Actividades Desarrolladas: REALICÉ EL SEGUIMIENTO Y LA EJECUCIÓN OPORTUNA DE LAS ACTIVIDADES ESTABLECIDAS EN EL CONVENIO, GARANTIZANDO LA CALIDAD EN LOS PROCESOS Y LA ATENCIÓN A LOS REQUERIMIENTOS OPERATIVOS. 1.2 Productos (evidencias): REGISTROS DE SEGUIMIENTO, AJUSTES OPERATIVOS, INFORMES PARCIALES.
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. 2.1 Actividades Desarrolladas: ELABORÉ Y ENTREGUÉ EL PLAN DE ACCION MENSUAL DE ACTIVIDADES, ASÍ COMO EL INFORME DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES EJECUTADAS DURANTE EL MES. 2.2 Productos (evidencias): PLAN DE ACCION, INFORME MENSUAL. Obligación 3: VERIFICAR LOS PRODUCTOS REALIZADOS
3	Obligación 3: VERIFICAR LOS PRODUCTOS REALIZADOS POR LOS PERFILES A CARGO, SOPORTES QUE SE SOLICITE CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS DISPUESTOS POR LA SDS VALIDANDO CALIDAD Y VERACIDAD DE LOS MISMOS. 3.1 Actividades Desarrolladas: VERIFIQUÉ LOS PRODUCTOS DE PLANES DE BIENESTAR DE LOS PERFILES CORRESPONDIENTES, ASEGURANDO SU OPORTUNIDAD Y CALIDAD CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y ANEXOS DEL CONVENIO. 3.2 Productos (evidencias): LISTAS DE CHEQUEO, INFORMES DOCUMENTALES.
4	Obligación 4: DAR RESPUESTA A LAS CONTINGENCIAS GENERADAS POR SDS A NIVEL DISTRITO, ASÍ COMO LA DISPONIBILIDAD Y EJECUCIÓN DE LAS MISMAS. 4.1 Actividades Desarrolladas: ATENDÍ Y RESPONDÍ A LAS CONTINGENCIAS OPERATIVAS REMITIDAS POR LA SDS, ASEGURANDO SU EJECUCIÓN. 4.2 Productos (evidencias): REGISTROS DE RESPUESTA A CONTINGENCIAS, REPORTE DE CUMPLIMIENTO.
5	Obligación 5: REALIZAR INDUCCIÓN Y RE INDUCCIÓN AL TALENTO HUMANO A CARGO ACORDE CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 5.1 Actividades Desarrolladas: REALICÉ FORTALECIMIENTO Y DIRECCIONAMIENTO TECNICO FOAL TALENTO HUMANO, SOCIALIZANDO LOS ANEXOS, RUTAS Y LINEAMIENTOS OPERATIVOS DEL CONVENIO. 5.2 Productos (evidencias): REGISTROS DE ASISTENCIA, MATERIALES SOCIALIZADOS.
6	Obligación 6: 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. 6.1 Actividades Desarrolladas: REVISÉ, ALISTÉ Y ENTREGUÉ LOS FORMATOS, BASES E INFORMES GENERADOS, GARANTIZANDO SU CALIDAD Y CUMPLIMIENTO TÉCNICO. 6.2 Productos (evidencias): FORMATOS, BASES, INFORMES ENTREGADOS.
7	Obligación 7: VERIFICAR Y NOTIFICACIÓN LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES REALIZADAS POR LOS EBEH. 7.1 Actividades Desarrolladas: ORIENTE FRENTE A LA NOTIFICICACION DE LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA IDENTIFICADOS EN LAS INTERVENCIONES DEL EQUIPO EXTRAMURAL. 7.2 Productos (evidencias): REGISTROS CORRESPONDIENTES.
	Obligación 8: PARTICIPAR EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS CONVOCADAS POR SDS DE ACUERDO A 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. 8.1 Actividades Desarrolladas: PARTICIPÉ EN ASISTENCIAS TÉCNICAS CONVOCADAS POR SDS, DANDO SEGUIMIENTO A LOS

8	AJUSTES Y ORIENTACIONES ESTABLECIDAS. 8.2 Productos (evidencias): REGISTROS DE PARTICIPACIÓN, AJUSTES OPERATIVOS IMPLEMENTADOS.
9	Obligación 9: APOYAR EN LA ORGANIZACIÓN DEL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL. 9.1 Actividades Desarrolladas: APOYÉ LA ORGANIZACIÓN Y DEPURACIÓN DEL ARCHIVO OPERATIVO. 9.2 Productos (evidencias): ARCHIVO ORGANIZADO.
10	Obligación 12: REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN. 12.1 Actividades Desarrolladas: ATENDÍ LOS REQUERIMIENTOS ADICIONALES SOLICITADOS POR LA SUPERVISIÓN, RELACIONADOS CON LA OPERACIÓN Y VERIFICACIÓN DEL CONVENIO. 12.2 Productos (evidencias): RESPUESTAS A REQUERIMIENTOS, AJUSTES OPERATIVOS.
11	Obligación 13: ENTREGAR BAJO SUPERVISIÓN DE CALIDAD LOS PRODUCTOS SUJETOS DE AUDITORÍA. 13.1 Actividades Desarrolladas: ENTREGUÉ LOS PRODUCTOS SUJETOS A AUDITORÍA, GARANTIZANDO EL CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS DE CALIDAD. 13.2 Productos (evidencias): PRODUCTOS RADICADOS, VALIDACIONES DE CALIDAD.
12	Obligación 14: REDACTAR LOS INFORMES DE GESTIÓN CORRESPONDIENTES SUJETOS DE AUDITORÍA. 14.1 Actividades Desarrolladas: REDACTÉ LOS INFORMES DE GESTIÓN, SÍNTESIS OPERATIVA Y SEGUIMIENTOS SOLICITADOS POR EL PROCESO. 14.2 Productos (evidencias): INFORMES DE GESTIÓN MENSUALES Y PARCIALES.
13	Obligación 15: SUPERVISAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES PROPUESTAS EN EL MARCO DEL CUMPLIMIENTO OPERATIVO DE LOS EBEH. 15.1 Actividades Desarrolladas: SUPERVISÉ EL CUMPLIMIENTO DE CALIDAD OPERATIVO DEL EQUIPO EBEH, IDENTIFICANDO AVANCES, BRECHAS Y NECESIDADES. 15.2 Productos (evidencias): REGISTROS DE SUPERVISIÓN, INFORMES DE HALLAZGOS.
14	Obligación 16: ASISTENCIA A LAS REUNIONES Y COMITÉS CITADOS POR LA SDS. 16.1 Actividades Desarrolladas: ASISTÍ A LAS REUNIONES Y COMITÉS CITADOS POR SDS, REALIZANDO APROPIACIÓN Y SEGUIMIENTO A LOS ACUERDOS. 16.2 Productos (evidencias): ACTAS, LISTADOS DE ASISTENCIA.
15	Obligación 17: PLANIFICAR Y DIRIGIR LOS ESPACIOS DE FORTALECIMIENTO TÉCNICO DEL TALENTO HUMANO OPERATIVO. 17.1 Actividades Desarrolladas: PLANIFIQUÉ Y DIRIGÍ ESPACIOS DE FORTALECIMIENTO TÉCNICO ORIENTADOS A MEJORAR EL DESEMPEÑO DEL TALENTO HUMANO. 17.2 Productos (evidencias): REGISTROS DE CAPACITACIONES, ASISTENCIA, ACTAS Y MATERIALES UTILIZADOS.
16	Obligación 18: REALIZAR ACOMPAÑAMIENTO EN CAMPO A LOS PERFILES ASIGNADOS, APLICANDO LA LISTA DE CHEQUEO CORRESPONDIENTE A CADA PERFIL, SOCIALIZANDO LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA. VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES Y OBLIGACIONES CONTRACTUALES DE LOS PERFILES A CARGO, REALIZANDO LA CERTIFICACIÓN DE LAS HORAS MENSUAL. 18.1 Actividades Desarrolladas: REALICÉ ACOMPAÑAMIENTO EN CAMPO A LOS PERFILES ASIGNADOS, APLICANDO LISTAS DE CHEQUEO Y SOCIALIZANDO OPORTUNIDADES DE MEJORA. 18.2 Productos (evidencias): LISTAS DE CHEQUEO.
17	Obligación 19: 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. 19.1 Actividades Desarrolladas: CUMPLÍ CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y OPERATIVOS DEL ANEXO DEL CONVENIO, APLICANDO LAS RESPONSABILIDADES RELACIONADAS CON EL SEGUIMIENTO A LAS COHORTES DE RIESGO. 19.2 Productos (evidencias): ACTASDE REGISTROS DE CUMPLIMIENTO TÉCNICO.
18	Obligación 20: ENTREGAR LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA CON OPORTUNIDAD CUANDO SE SOLICITE. 20.1 Actividades Desarrolladas: CUMPLÍ CON LA ENTREGA REQUERIDA CON OPORTUNIDAD. 20.2 Productos (evidencias): ACTAS DE REGISTROS DE CUMPLIMIENTO TÉCNICO.
19	Obligación 21: 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. 21.1 Actividades Desarrolladas: CUMPLÍ CON LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS SEGÚN LINEAMIENTOS OPERATIVOS. 21.2 Productos (evidencias): ACTAS DE REGISTROS DE CUMPLIMIENTO TÉCNICO.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	**X**	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	**X**	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	**X**	
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?	**X**	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	**X**	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago, *CERTIFICO*** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2026-01-01) AL (2026-01-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 1078268820	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/12/30	$ 242.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/12/30	$ 309.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/12/30	$ 47.200
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 599.000

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	*CAREN DANIELA RINCON PANQUEVA* *PS_7512_2025_807A19* **CAREN DANIELA RINCON PANQUEVA** **CC: 1016059266**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA* *PS_7512_2025_807A19* **SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANA MARGARET RABA SIERRA* *PS_7512_2025_807A19* **ANA MARGARET RABA SIERRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-01-05, 12:44:20 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1078268820

Periodo Cotización: diciembre de 2025 **Periodo Servicio:** diciembre de 2025

PAGADO 30/12/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CAREN DANIELA RINCON PANQUEVA		
Documento	CC1016059266	**Dirección**	CR 7 #1 - 44 TO 3 AP 203
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3222034798
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	LA CALERA	**Departamento**	CUNDINAMARCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	SEGUROS BOLIVAR

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1016059266	CAREN DANIELA RINCON PANQUEVA	59	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.935.680	$ 309.800	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.935.680	$ 242.000	2,436	$ 1.935.680	$ 47.200	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.935.680	$ 38.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 637.800

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.935.680	$ 1.935.680	$ 1.935.680	$ 1.935.680	$ 309.800	$ 242.000	$ 47.200	$ 38.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 637.800	$ 0	$ 637.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Banco de Bogotá

Comprobante de compra y pagos virtuales PSE

Pago exitoso

Número de autorización 516202

Martes, 30 de diciembre de 2025, 11:45:23 a. m.

Detalle

$637.800

Valor Pagado

IVA incluído:	$0
Pago a:	SIMPLE OI
Débito desde:	Cuenta de Ahorros *6717
Descripción:	Pago de Seguridad Social
Fecha y hora inicio transacción	2025-12-30 11:44:14
NIT del comercio	9999000973339
Número de factura	1078268820
Código Único de Seguimiento	2046846961
Dirección IP:	190.66.24.18
Referencia 1:	172.29.10.57
Referencia 2:	CC
Referencia 3:	1016059266

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Provee...
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contr...
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de

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_7512_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	PS_7512_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	Proveedor	D
☐	PS_7512_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf	PS_7512_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf	Proveedor	D
☐	PS_7512_2025_CUENTA_DE_COBRO_DICIEMBRE_2025.pdf	PS_7512_2025_CUENTA_DE_COBRO_DICIEMBRE_2025.pdf	Proveedor	D

Bor

Cancelar

< Evaluación de