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: (28-02-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**LAURA TATIANA GARCIA MORENO**			**CC:**	**1023953436**
CORREO ELECTRÓNICO:	**tatianagarcia09@hotmail.com**			**TELÉFONO:**	**3105757513**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 41 SUR 3C 75 ESTE**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**42869260147**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7625 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 2026/02/01 AL 2026/02/28**				

LAURA TATIANA GARCIA MORENO
PS_7625_2025_F762D9

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LAURA TATIANA GARCIA MORENO
CC: 1023953436
CEL: 3105757513

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			
LAURA TATIANA GARCIA MORENO			
	CON C.C N°	**1.023.953.436**	
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 7625 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/14**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 1.788.480	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 16.692.480	**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:	HAROLD ROLANDO DELGADO GÓMEZ		

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	1.OBLIGACIÓN PRESTAR SUS SERVICIOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, SUSCRITO ENTRE EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL Y LA SUBRED. 1.1Actividades desarrolladas Ejecuté intervenciones extramurales garantizando la aplicación de protocolos y normativas vigentes, asegurando oportunidad en la atención y adecuada interacción con la comunidad. 1.2 Productos (evidencias) Registro validado de intervenciones realizadas, en los formatos institucionales aprobados (planillas, fichas y aplicativos establecidos).
2	2.OBLIGACIÓN 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. 2.1Actividades desarrolladas Elaboré el cronograma mensual de actividades, integrando metas, territorios y tiempos operativos conforme a planificación del convenio. 2.2 Productos (evidencias) cronograma mensual y reporte de cierre de actividades con evidencias
3	3.OBLIGACIÓN APOYAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL DEL CONVENIO MÁS 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 FONDO FINANCIERO DISTRITAL Y LA SUBRED. 3.1 Actividades desarrolladas recolecté organicé la entrega de información requerida en los anexos técnicos, asegurando su completitud y veracidad. 3.2 Productos (evidencias) Formatos y soportes solicitados según lineamientos técnicos.
4	4.OBLIGACIÓN 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. 4.1Actividades desarrolladas Participé en los procesos de auditoría interna y calidad, implementando acciones correctivas y preventivas orientadas al cumplimiento de estándares. 4.2Productos (evidencias) Actas, reportes de acciones de mejora y evidencia de implementación.
5	5.OBLIGACIÓN REALIZAR APROPIACIÓN CONCEPTUAL DESDE SU PERFIL CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL Y LA SUBRED. 5.1Actividades desarrolladas Actualicé y revisé permanentemente los anexos, lineamientos técnicos y normativos del convenio, aplicándolos en el desarrollo operativo. 5.2Productos (evidencias) Acta de apropiación de lineamientos.
6	6.OBLIGACIÓN DESARROLLAR PROCESOS DE ASISTENCIA TÉCNICA DESDE LOS DIFERENTES PROCESOS DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES CONFORME A SU SABER DISCIPLINAR Y PROFESIONAL, EN FUNCIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS PROCESOS TRANSVERSALES. 6.1Actividades desarrolladas Brindé apoyo técnico dentro de las actividades del convenio, ajustándose a los requerimientos metodológicos y disciplinarios. 6.2 Productos (evidencias) Informe técnico breve de acompañamiento y acciones realizadas.
7	7.OBLIGACIÓN 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 MÁS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL Y LA SUBRED. 7.1Actividades desarrolladas Verifiqué la calidad, exactitud y completitud de todos los formatos y documentos generados en campo antes de su entrega. 7.2Productos (evidencias) Paquete documental revisado, foliado y entregado según norma institucional.

8	8.OBLIGACIÓN PARTICIPAR Y GESTIONAR LOS ACERCAMIENTOS COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES QUE SE REQUIERAN, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE CADA PROCESO. 8.1Actividades desarrolladas Coordiné acciones de acercamiento comunitario realizando comunicaciones previas y articulación territorial. 8.2Productos (evidencias) Registro de actividades comunitarias (actas, listados o soportes de visita).
9	9.OBLIGACIÓN ACTIVAR Y NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES. 9.1Actividades desarrolladas Identifiqué, clasifiqué y reporté oportunamente eventos de interés en salud pública según lineamiento del SIVIGILA y rutas SDS. 9.2 Productos (evidencias) Formato de notificación individual o colectiva debidamente diligenciado.
10	10.OBLIGACIÓN 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 MÁS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 10.1Actividades desarrolladas Asistí a las convocatorias técnicas y aplicar los lineamientos recibidos en las actividades extramurales. 10.2 Productos (evidencias) Registro de asistencia o evidencia de participación en asistencia técnica.
11	11.OBLIGACIÓN ORGANIZAR EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL. 11.1Actividades desarrolladas Clasifiqué y custodié la documentación generada en campo conforme a lord, asegurando conservación y acceso eficiente. 11.2 Productos (evidencias) Archivo físico o digital organizado según directrices
12	12.OBLIGACIÓN REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN. 12.1Actividades desarrolladas Ejecuté actividades adicionales asignadas, siempre enmarcadas en el objeto contractual y conforme a procedimientos de la subred. 12.2Productos (evidencias) Registro o evidencia de cumplimiento de la actividad asignada.
13	13.OBLIGACIÓN 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. 13.1Actividades desarrolladas Apliqué instrumentos de caracterización demográfica y clínica (APGAR, antropometría, FIndrisc, epoc, planillas de firma) conforme a lineamientos 3280/2018 y SDS. 13.2Productos (evidencias) Formato de caracterización completo, con tamizajes y registros clínicos adjuntos.
14	14.OBLIGACIÓN 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. 14.1Actividades desarrolladas Registré diariamente la información de caracterización en GTAPS dentro de las primeras 24 horas, asegurando validación y calidad del dato. 14.2 Productos (evidencias) Captura de carga en GTAPS o reporte de consolidación diaria del sistema.
15	15.OBLIGACIÓN PRESENTAR EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES E INSUMOS PREPARADOS (MAPAS BASE, MATRICES, CARTOGRAFÍA, DATOS CATASTRALES Y POBLACIONALES). 15.1Actividades desarrolladas Preparar mapas base, matrices, cartografía y datos poblacionales para las actividades de territorialización. 15.2Productos (evidencias) Paquete de insumos (mapas base, matrices, cartografía y datos).
16	16.OBLIGACIÓN 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. 16.1Actividades desarrolladas Consolidé el mapa territorial con la información recolectada en campo y estructurar la matriz cuantitativa y cualitativa correspondiente. 16.2Productos (evidencias) Mapa territorial actualizado y matriz consolidada.
17	17.OBLIGACIÓN PARTICIPAR EN EL COMITÉ TERRITORIAL EN EL QUE PARTICIPA TODO EL EQUIPO REVISIÓN Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN (CARTOGRAFÍA, MATRIZ, INFORME Y CONCLUSIONES DE COMITÉ DE CUIDADO). 17.1Actividades desarrolladas Asistí al análisis de cartografía, matriz e informes, generando conclusiones sobre riesgos y necesidades del territorio. 17.2Productos (evidencias) acta de comité territorial con observaciones y análisis registrados.
18	18.OBLIGACIÓN 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). 18.1Actividades desarrolladas Registré con calidad la información de visitas e intervenciones en los instrumentos físicos y digitales definidos por la SDS. 18.2 Productos (evidencias) Planillas y registros en aplicativo en línea debidamente diligenciados.
19	19.OBLIGACIÓN 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. 19.1Actividades desarrolladas Activé rutas de atención, realicé agendamientos y diligencié los formatos de notificación según el riesgo identificado. 19.2 Productos (evidencias) Formato de activación de ruta o reporte de riesgo gestionado.
20	20.OBLIGACIÓN CUMPLIR, SEGÚN SU PERFIL Y RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, CON TODAS LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL ANEXO TÉCNICO DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR VIGENTE, SUSCRITO ENTRE EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL Y LA SUBRED, ASÍ COMO CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y OPERATIVOS QUE DE ESTE SE DERIVEN. 20.1 Actividades desarrolladas Desarrollé las actividades misionales asignadas siguiendo estrictamente los lineamientos del convenio y procesos operativos establecidos. 20.2 Productos (evidencias) Informe de cumplimiento de actividades según metas y productos del anexo 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 (2026-02-01) AL (2026-02-28)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 83643546	OPERADOR:	ENLACE OPERATIVO

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/02/10	$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/02/10	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/02/10	$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 541.800

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	*LAURA TATIANA GARCIA MORENO* *PS_7625_2025_F762D9* **LAURA TATIANA GARCIA MORENO** **CC: 1023953436**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ* *PS_7625_2025_F762D9* **LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*HAROLD ROLANDO DELGADO GÓMEZ* *PS_7625_2025_F762D9* **HAROLD ROLANDO DELGADO GÓMEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-02-19, 05:55:18 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 83643546

Periodo Cotización: enero de 2026 **Periodo Servicio:** enero de 2026

PAGADO 10/02/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LAURA TATIANA GARCIA MORENO		
Documento	CC1023953436	**Dirección**	CL 41 SUR #3 C - 75 BLOQUE 4 APTO 302
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	9474877
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

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 AFP	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 1023953436	LAURA TATIANA GARCIA MORENO	59	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 1.750.905	$ 218.900	2,436	$ 1.750.905	$ 42.700	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.750.905	$ 35.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 576.900

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
$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 218.900	$ 42.700	$ 35.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 576.900	$ 600	$ 577.500

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

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

Bancolombia

Sucursal Virtual Personas
Facturas pagadas

Jueves, 19 de febrero de 2026, 6:01 p. m.
LAURA TATIANA GARCIA MORENO

¡Pago exitoso!
Comprobante No. 1600446621

Datos del pago

Empresa o servicio
ENLACE OPERATIVO S.A. - 5850

CUS
53727271

REFERENCIA 1
Pago de Seguridad Social

REFERENCIA 2
172.29.10.57 - CC - 1023953436

Valor de la factura
$ 577.500,00

Valor pagado
$ 577.500,00

Estado
Exitoso

Producto origen
Cuenta de Ahorros

Número de producto
42869260147

Pagado por PSE a
ENLACE OPERATIVO S.A.

Canal
PSE

Banco
Bancolombia

Número de comprobante
1600446621

Oficina
SUCURSAL VIRTUAL

Fecha y hora del pago
10 feb 2026 - 21:58:55

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

Datos guardados

Cancelar

< Evaluació

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_7625_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	PS_7625_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	Proveedor
☐	PS_7625_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf	PS_7625_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf	Proveedor
	PS_7625_CUENTA_DE_COBRO_DICIEMBRE_2025.pdf (Archivado)	PS_7625_CUENTA_DE_COBRO_DICIEMBRE_2025.pdf	Proveedor
☐	PS_7625_2025_CUENTA_DE_COBRO_DICIEMBRE_2025.pdf	PS_7625_2025_CUENTA_DE_COBRO_DICIEMBRE_2025.pdf	Proveedor
☐	PS_7625_2025_CUENTA_DE_COBRO_ENERO_2026.pdf	PS_7625_2025_CUENTA_DE_COBRO_ENERO_2026.pdf	Proveedor

Cancelar

< Evaluació