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: (31-03-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**PAULA ALEXANDRA ERAZO RAMOS**			**CC:**	**1023904030**
CORREO ELECTRÓNICO:	**paulaerazoramosSCO@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3166264009**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 150 12 A 43**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**009970527454**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 6966 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.050.800**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/05/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/03/01 AL 2026/03/19**				

PAULA ALEXANDRA ERAZO RAMOS
PS_6966_2025_3DDAAD

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
PAULA ALEXANDRA ERAZO RAMOS
CC: 1023904030
CEL: 3166264009

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			
PAULA ALEXANDRA ERAZO RAMOS			
	CON C.C N°	**1.023.904.030**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO NUTRICIONISTA 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 6966 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.839.200	**No. HORAS EJECUTADAS**	**116**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 48.676.040	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.050.800
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	OCHO (8) 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	1.1. OBLIGACIONES: 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. 1.2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Presté servicios con autonomía técnica para la implementación de la Acción de Bienestar 78: Espacios Amigos para MÁS Bienestar Materno Infantil. 1.3. ENTREGABLES: Informe de actividades Marzo 2026.
2	2.1. OBLIGACIONES: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2.2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Diligencié la Hoja de cálculo compartida en Drive "CRONOGRAMA VIGENCIA 2026" 2.3. ENTREGABLES: CRONOGRAMA ACTIVIDADES MARZO 2026.
3	3.1. OBLIGACIONES: 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. 3.2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Acompañé técnicamente la implementación de estrategia SAFL en el entorno laboral; Diligencié la base de datos "Original Salas Amigas de la Familia Lactante -L SDS, Original SAFL"; Generé el informe de actividades Marzo 2026. 3.3. ENTREGABLES: Actas de reunión con listado de asistencia firmado; Base de datos "Original Salas Amigas de la Familia Lactante -L SDS, Original SAFL"; Informe de actividades Marzo 2026.
4	4.1. OBLIGACIONES: 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. 4.2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Organicé los productos generados durante el periodo. 4.3. ENTREGABLES: Carpeta de producto del 1 al 31 de marzo del 2026.
5	5.1. OBLIGACIONES: Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad de datos (integridad, oportunidad, consistencias, exactitud) desde su perfil profesional y experiencia en programas y planes de salud pública y conforme a los lineamientos técnicos de los entornos y procesos transversales del convenio Interadministrativo PSPIC. 5.2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Cumplí con las acciones de implementación de la Estrategia Salas Amigas de la Familia Lactante (SAFL) del Entorno Cuidador Laboral con calidad. 5.3. ENTREGABLES: Actas de reunión con listado de asistencia firmado; Base de datos "Original Salas Amigas de la Familia Lactante -L SDS, Original SAFL"; Informe de actividades Marzo 2026.
6	6.1. OBLIGACIONES: Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 6.2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Hice lectura y revisión de las fichas técnicas vigentes. 6.3. ENTREGABLES: Actas de reunión que dieron cuenta de la apropiación de los documentos durante el desarrollo de las acciones.
7	7.1. OBLIGACIONES: Desarrollar procesos de asistencia técnica desde los diferentes procesos del Plan de Intervenciones Colectivas conforme a su saber disciplinar y profesional, en función de los requerimientos de los entornos y procesos transversales. 7.2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Hice acompañamiento técnico para implementación de estrategia SAFL a empresas. 7.3. ENTREGABLES: Actas de reunión con listado de asistencia firmado.
8	8.1. OBLIGACIONES: Gestionar los espacios comunitarios e institucionales que se requieran, para el desarrollo de las acciones de los Entornos y/o Procesos Transversales del PSPIC. 8.2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Participé en las reuniones dispuestas por la referente SAFL-L del nivel central. 8.3. ENTREGABLES: Actas de reunión con listado de asistencia firmado.
9	9.1. OBLIGACIONES: Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 9.2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Participé en la mesa SAN en la cual se socializaron los casos encontrados en la Subred. 9.3. ENTREGABLES: Acta de reunión con listado de asistencia firmado.

10	10.1. OBLIGACIONES: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 10.2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Organicé los productos generados durante el periodo. 10.3. ENTREGABLES: Carpeta de producto del 1 al 31 de marzo del 2026.
11	11.1. OBLIGACIONES: 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. 11.2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Debido a la pertinencia de las acciones no se realizó proceso de canalización en el presente mes. 11.3. ENTREGABLES: No se generaron soportes.
12	12.1. OBLIGACIONES: 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 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. 12.2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Revisé de manera acuciosa los productos generados durante el periodo para el cumplimiento de la calidad en los datos generados. 12.3. ENTREGABLES: Actas de reunión con listado de asistencia firmado; Base de datos "Original Salas Amigas de la Familia Lactante -L SDS, Original SAFL".
13	13.1. OBLIGACIONES: 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. 13.2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realicé las demás obligaciones asignadas por el supervisor del contrato. 13.3. ENTREGABLES: Actas de reunión y listados de asistencia.

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 (2026-03-01) AL (2026-03-19)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 6007345127	OPERADOR:	SOI

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/03/10	$ 240.700
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/03/10	$ 308.100
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/03/10	$ 46.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 595.700

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	*PAULA ALEXANDRA ERAZO RAMOS* *PS_6966_2025_3DDAAD* **PAULA ALEXANDRA ERAZO RAMOS** **CC: 1023904030**

FIRMA DE QUIEN VALIDA	*OLGA LUCIA ARDINEZ PERIÑAN* *PS_6966_2025_3DDAAD* **OLGA LUCIA ARDINEZ PERIÑAN** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA* *PS_6966_2025_3DDAAD* **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1023904030
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			PAULA ALEXANDRA ERAZO RAMOS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 24F 24A 10 SUR PISO 2	TELÉFONO:	4730952
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de atención de la salud humana.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA							
NÚMERO PLANILLA:			**6007345127**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero	AÑO 2026
DÍAS DE MORA:			1				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/03/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			129170183

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 308.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 200	$ 0	$ 308.100	$ 200	$ 308.300
SUBTOTALES:										**$ 308.100**	**$ 200**	**$ 308.300**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 240.700	$ 0	$ 200	$ 0	$ 240.700	$ 200	$ 0	$ 240.900
SUBTOTALES:													**$ 240.700**	**$ 200**	**$ 0**	**$ 240.900**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 46.900	$ 46.900	$ 100	$ 0	$ 47.000
SUBTOTALES:									**$ 46.900**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 47.000**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 38.600	$ 100	$ 38.700
SUBTOTALES:			**$ 38.600**	**$ 100**	**$ 38.700**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES						
																									PENSIÓN								SALUD						ARP														
																												FSP		APORTES VOLUNTARIOS																	CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1023904030	ERAZO RAMOS PAULA ALEXANDRA	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES		$ 1.925.160				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.925.160	$ 308.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 308.100	EPS005-SANITAS S.A	30	$ 1.925.160	$ 240.700	$ 0	$ 240.700	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.925.160	102390403	$ 46.900	30	$ 1.925.160	CCF24-COMPENSAR	$ 38.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 634.900

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1023904030
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			PAULA ALEXANDRA ERAZO RAMOS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 24F 24A 10 SUR PISO 2	TELÉFONO:	4730952
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de atención de la
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6007345127**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		1			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/03/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		129170183

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 308.300
		SUBTOTAL:	1	**$ 308.300**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1	$ 240.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 240.900**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600669427	CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 38.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 38.700**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 47.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 47.000**

VALOR SIN MORA:	**$ 634.300**
VALOR MORA:	**$ 600**
TOTAL PAGADO:	**$ 634.900**

Planilla Pagada

PSE - Transacción Aprobada ✅ CUS 129170183

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co> 10 de marzo de 2026 a las 14:03
Para: pau.erazo@gmail.com

¡Hola, PAULA ALEXANDRA ERAZO RAMOS!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:



Valor: $ 634.900

Empresa: SOI ACH

Descripción: Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales

Fecha de la transacción: 10/03/2026

CUS: 129170183

Gracias por utilizar nuestro servicio.

Ten encuenta estos tips de seguridad:

- Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
- No abras enlaces sospechosos.
- Cambia tus contraseñas con regularidad.
- Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
- Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.

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_6966_2025_OCTUBRE_PLANILLASS.pdf (Archivado)	PS_6966_2025_OCTUBRE_PLANILLASS.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6966 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 6966 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6966 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES OCTUBRE 2025.pdf	PS 6966 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6966 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 6966 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6966 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	PS 6966 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6966 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf	PS 6966 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6966 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES ENERO 2026.pdf	PS 6966 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES ENERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6966 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 6966 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >