

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)**

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	ZONIA ALEJANDRA CASTILLO CASASBUENAS		<b>CC:</b>	52171622
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	SCASTILLO34@GMAIL.COM		<b>TELÉFONO:</b>	3124543239
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	KR 91C 5A 46 SUR CA 202		<b>CIUDAD:</b>	BOGOTA
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	BANCOLOMBIA	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	AHORROS	<b>N° CUENTA:</b> 62937124509

**DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO**

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	PS 3233 2026	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	\$ 4.195.200
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	2026/02/16	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	2026/05/31
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31		



ZONIA ALEJANDRA CASTILLO CASASBUENAS  
 PS\_3233\_2026\_C805FF

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**  
 ZONIA ALEJANDRA CASTILLO CASASBUENAS  
 CC: 52171622  
 CEL: 3124543239

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y**  
**ZONIA ALEJANDRA CASTILLO CASASBUENAS**

**CON C.C N°** **52.171.622**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	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
-----------------------------	---

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 3233 2026</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2026/02/16</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 15.102.720	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>184</b>
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 15.102.720	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 4.195.200
---	---------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	TRES (3) MESES Y DIECIOCHO (18) DIAS
--	--------------------------------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO
--	-------------------------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	MARIA ANGELICA PEÑALOZA DIAZ
-------------------------------	------------------------------

<b>ITEM</b>	<b>II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO</b> (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)
-------------	--

1	<p>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.</p> <p>1.1 Actividades desarrolladas: Ejecutar acciones en el marco de la estrategia Cuidado Continuo por una Vida con Bienestar, con enfoque de género: Mujer. Estas acciones incluyen la implementación de sesiones educativas MÁS Bienestar, Recorriendo tu Barrio para MÁS Bienestar, Tejiendo Redes para MÁS Bienestar, así como realizar circulas del cuidado garantizando derechos y articulando actores de los territorios, de acuerdo con sus necesidades, orientaciones y acompañamiento frente a berreras de acceso a salud y radicación de peticiones, quejas y reclamos para acceder con oportunidad a servicios de salud, así como solicitar los medicamentos que requieran las participantes de nuestras intervenciones en las localidades.</p> <p>1.2 Productos (evidencia) Se cuenta con la Ficha técnica de las sesiones educativas y la Ficha técnica de la actividad Tejiendo Redes para MÁS Bienestar, así como la ficha de las circulas del cuidado desarrolladas con los grupos, disponibles en el drive asociado al correo del equipo interdisciplinario. Asimismo, se dispone del Formato de sesiones colectivas, ubicado de forma física en una carpeta organizada por producto y en orden cronológico. Del mismo modo, se encuentran archivadas las Encuestas de percepción de las sesiones colectivas, aplicadas al menos al 40% de las personas abordadas (tanto en sesiones educativas como en Tejiendo Redes). Un Excel con las diferentes solicitudes realizadas ante las EPS y la superintendencia de salud, Adicionalmente, se realiza la sistematización mensual de las acciones realizadas, registro fotográfico, almacenados en el drive.</p>
---	--

2	<p>2. Obligación 2: PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR.</p> <p>2.1 Actividades desarrolladas: Realizar apoyo en el plan de intervenciones Colectivas según requerimiento y solicitud de los mismos.</p> <p>2.2. Productos (evidencia): Información, actas, y/o todos aquellos documentos requeridos para el cumplimiento efectivo de esta obligación contractual, lo mismo que un Excel con la programación de las acciones que se realizan por localidad.</p>
---	---

3	<p>3. Obligación 3: 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.</p> <p>3.1 Actividades desarrolladas: Realizar acciones e intervenciones dentro del plan de intervenciones colectivas, según solicitud</p> <p>3.2 Productos (evidencia): Actas con listados de acuerdo con el objeto contractual cargados al drive de Información poblacional, actas, y/o los demás documentos que soportan el cumplimiento de esta obligación contractual.</p>
---	--

4	<p>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.</p> <p>4.1 Actividades desarrolladas: Apropiar conceptos y fortalecer actividades inherentes al objeto del contrato. Realización de canalizaciones según las necesidades de las personas intervenidas por parte de la estrategia cuidado continuo por una vida con bienestar con enfoque de género y/o todos aquellos que se requieran desde el plan de intervenciones colectivas (PIC).</p> <p>4.2 Productos (evidencia): Reconocer procesos o actividades de la Subred Centro Oriente, realizar canalizaciones y activar las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) cuando se considere pertinente. Las activaciones de Ruta se realizan de forma virtual diligenciando los formatos establecidos para tal fin, así mismo, son enviados a los correos dispuestos por la Localidad de San Cristóbal para obtener retroalimentación y de ser necesario realizar los respectivos ajustes.</p>
---	---

5	<p>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. 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.</p> <p>5.1 Actividades desarrolladas: Dar cumplimiento frente a la identificación, selección, y concertación de las acciones correspondientes a la estrategia: Cuidado continuo por una vida con bienestar con enfoque de género, participación en acciones itinerantes del entorno solicitado, prestando servicios como profesional en Trabajo social en diferentes acciones dentro del plan de salud pública. En la línea 92 Se realizan 20 sesiones educativas para Mas bienestar (11 en san Cristóbal, 5 en candelaria y 4 en Santafé). en la línea 93 recorriendo tu barrio para Mas bienestar 10. en la línea 94 Tejiendo Redes para Mas Bienestar 2 grupos cada uno con dos sesiones, en la línea 97 se realizaron 7 circulas del cuidado y en la línea 98 se adelantaron 10 acompañamientos solidarios.</p> <p>5.2 Productos (evidencia) Ficha técnica de las sesiones, Formato de sesiones colectivas, Registro fotográfico, Encuesta de percepción a mínimo 40% de las personas abordadas. (de acuerdo a las actividades desarrolladas y dando cumplimiento al lineamiento establecido).</p>		
6	<p>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.</p> <p>6.1 Actividades desarrolladas: Apropiación conceptual del entorno cuidador comunitario y los servicios del plan de intervenciones colectivas, junto con el documento Marco y el producto cuidado continuo por una vida con bienestar con enfoque de género: Mujer. Además de asistir a las diferentes inducciones realizadas desde la SDS y la Subred Centro oriente.</p> <p>6.2 Productos (evidencia): Actas con listados de asistencia de las diferentes reuniones, inducciones y asistencias técnicas desarrolladas en el marco de plan de intervenciones colectivas.</p>		
7	<p>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 A LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS DE LOS ENTORNOS Y PROCESOS TRANSVERSALES DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO PSPIC.</p> <p>7.1 Actividades desarrolladas: Ejecutar acciones en concordancia con el plan de trabajo mensual establecido, identificación de grupos para el seguimiento presencial y las acciones en el marco de la estrategia cuidado continuo por una vida con bienestar con enfoque de género: Mujer.</p> <p>7.2 Productos (evidencia): Entrega de soporte de los seguimientos de acuerdo a directrices entregadas para su verificación. Informe mensual según el formato establecido por la SDS y Registro fotográfico. Estas dos actividades se encuentran en el Drive.</p>		
8	<p>8. Obligación 8: NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES.</p> <p>8.1 Actividades desarrolladas: De acuerdo con los acompañamientos y acciones grupales se identifican algunas situaciones que deben notificarse en los formatos establecidos para tal fin, junto con las acciones adelantadas y los números de radicación.</p> <p>8.2 Productos (evidencia): formatos y bases establecidas para recolección de esta información</p>		
9	<p>9. Obligación 9: ORGANIZAR EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL.</p> <p>9.1 Actividades desarrolladas: Realizar y organizar la documentación en el archivo dando cumplimiento a las obligaciones contractuales.</p> <p>9.2 Productos (evidencia): Archivo de actividades desarrolladas, siguiendo las indicaciones dispuestas para su respectiva organización.</p>		
10	<p>10. Obligación 10: 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.</p> <p>10.1 Actividades desarrolladas Participación en actividades propuestas para el objeto del contrato: 1. Asistencia técnica y actividades dispuestas. 2. Ejecución de acciones correspondientes y 3. Socialización de piezas comunicativas y campañas de prevención en salud</p> <p>10.2 Productos (evidencia): Reuniones virtuales y presenciales, reporte de seguimiento, Informe, Diligenciamiento de la asistencia, sesiones colectivas, canalizaciones.</p>		
11	<p>11. Obligación 11: 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.</p> <p>11.1 Actividades desarrolladas Asumir la responsabilidad frente a hallazgos que se identifiquen con el debido soporte.</p> <p>11.2 Productos (evidencia): Productos según el caso presentado</p>		
12	<p>12. 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.</p> <p>12.1 Actividades desarrolladas: Ejecutar acciones en concordancia con objeto contractual y de acuerdo con la solicitud de apoyo por parte de la supervisión.</p> <p>12.2 Productos (evidencia): Actas y listados de Actividades propuestas y documentos requeridos por la supervisión.</p>		
<b>III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS</b>			
<b><i>SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</i></b>			
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 (2026-05-01) AL (2026-05-31)

**IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**


No. DE PLANILLA:	N° 77425115	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/05/13	\$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/05/13	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/05/13	\$ 42.700
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 541.800</b>


**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

<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>	 <p>ZONIA ALEJANDRA CASTILLO CASASBUENAS PS_3233_2026_C805FF</p> <hr/> <p><b>ZONIA ALEJANDRA CASTILLO CASASBUENAS</b> <b>CC: 52171622</b></p>
---------------------------------------	---

<b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b>	 <p>BRISSETT DAYAN RODRIGUEZ DIAZ PS_3233_2026_C805FF</p> <hr/> <p><b>BRISSETT DAYAN RODRIGUEZ DIAZ</b> <b>SUPERVISOR ALTERNO</b></p>
------------------------------	--

<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b>	 <p>MARIA ANGELICA PEÑALOZA DIAZ PS_3233_2026_C805FF</p> <hr/> <p><b>MARIA ANGELICA PEÑALOZA DIAZ</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b></p>
--	---

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52171622	ZONIA ALEJANDRA CASTILLO CASASBUENAS		KR 91 C NO 5 A 46 SUR CA 202	3212259412	scastillo34@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		77425115	13/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$543.900	

## 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	218.900	0		0		0	5	800	0	219.700	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200	0	0	0	0	5	1.100	0	281.300	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	42.700				42.700	5	200	42.900			427	42.900	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
<b>SENA</b>				
0	5	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	5	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	219.700
Pensión	1	280.200	281.300
Riesgos Laborales	1	42.700	42.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>541.800</b>	<b>543.900</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52171622	ZONIA ALEJANDRA CASTILLO CASASBUENAS		KR 91 C NO 5 A 46 SUR CA 202	3212259412	scastillo34@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		77425115	13/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$543.900	

**DETALLE POR COTIZANTE**

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																						
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres		Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exarator	Exonerado	ING	RET	TDE	TIP	SP	SP	SP	SEN	ISE	LMA	VAC	APP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN							
1	CC 52171622	CASTILLO CASASBUENAS ZONIA ALEJANDRA		59	0			N																25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-23	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



## Comprobante en línea

12 May 2026 19:36

Pago PSE



**Pago exitoso**

CUS 303554867

Comercio  
**COMPENSAR-OI**

Referencia 1  
**186.155.17.19**

Fecha  
**12 May 2026 19:36**

Referencia 2  
**CC**

Número de factura  
**77425115**

Referencia 3  
**52171622**

Descripción del pago  
**MiPlanillacom Pago Proteccion Social**

Valor del Pago  
**\$543.900**

Número de comprobante  
**TR260512193656fCYKIn**

Costo de la transacción  
**\$ 0**

Producto origen  
**Producto**  
**\*\*\*\* 4509**



[Aumentar el contraste](#)



UTC -5 16:45:10  
zonia alejandra c...



Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

- 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		
<input type="checkbox"/> PS 3233 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 3233 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 3233 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 1 AL 19 DE 2026.pdf	PS 3233 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 1 AL 19 DE 2026.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 3233 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 20 AL 31 DE 2026.pdf	PS 3233 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 20 AL 31 DE 2026.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 1 PS 3233 2026 CRP -11931.pdf	1 PS 3233 2026 CRP -11931.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS_3233_2026_FEBRERO_AFILIACIONES.pdf (Archivado)	PS_3233_2026_FEBRERO_AFILIACIONES.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 3233 2026 CUENTA DE COBRO ADICIONALES FEBRERO 2026.pdf	PS 3233 2026 CUENTA DE COBRO ADICIONALES FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 3233 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS 3233 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >