

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

| | | | | | |
|--------------------------|-------------------------------|-----------------|------------|------------|-----------|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | MARIA CAMILA SANCHEZ ALVARADO | CC: | 1016102196 | | |
| CORREO ELECTRÓNICO: | MCSANCHEZ1605@GMAIL.COM | TELÉFONO: | 3102828679 | | |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | DG 52A SUR 27 08 | CIUDAD: | BOGOTA | | |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR: | BANCO AV VILLAS | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | N° CUENTA: | 054904516 |

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|--------------------------|------------------------------|--|--------------|
| N° DEL CONTRATO: | PS 8265 2025 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO | \$ 4.195.200 |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 2025/12/17 | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | 2026/05/31 |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31 | | |



MARIA CAMILA SANCHEZ ALVARADO
PS_8265_2025_92F526

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

MARIA CAMILA SANCHEZ ALVARADO

CC: 1016102196

CEL: 3102828679

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

MARIA CAMILA SANCHEZ ALVARADO

CON C.C N°

1.016.102.196

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN ENFERMERIA 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 8265 2025 | FECHA INICIO CONTRATO | 2025/12/17 |
|--|---------------------|------------------------------|-------------------|

| | | | |
|-----------------------------------|--------------|-----------------------------|------------|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | \$ 2.097.600 | No. HORAS EJECUTADAS | 184 |
|-----------------------------------|--------------|-----------------------------|------------|

| | | | |
|---|---------------|--|--------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | \$ 23.073.600 | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 4.195.200 |
|---|---------------|--|--------------|

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS SEIS (6) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO

NOMBRE DEL SUPERVISOR: MARIA ANGELICA PEÑALOZA DIAZ

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 | <p>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 diversas 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 la realización de asesorías e intervenciones breves de escucha activa, orientadas a la prevención y detección temprana de factores psicosociales que afectan a las mujeres.</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, ambas 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). Adicionalmente, se mantiene una base de sistematización mensual de todas las acciones realizadas y un registro fotográfico, los cuales se encuentran almacenados de manera virtual en el drive.</p> |
| 2 | <p>Obligación 2: PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR.</p> <p>2.1 Actividades desarrolladas: Preauditoria y actualización de cronograma semanalmente.</p> <p>2.2 Productos (evidencia): Cronograma detallado de las actividades a desarrollar, indicando la dirección y los horarios correspondientes a cada acción, elaborado conforme al formato establecido por la SDS. Este se encuentra de forma virtual en Drive.</p> |
| 3 | <p>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 apoyo en el plan de intervenciones Colectivas según requerimiento y solicitud de los mismos.</p> <p>3.2 Productos (evidencia): Información, actas, y/o todos aquellos documentos que sean requeridos para el cumplimiento efectivo de esta obligación contractual.</p> |

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: Apropiar conceptos y fortalecer actividades inherentes al objeto del contrato. Realización de canalizaciones de 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).

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 recibir la respectiva precrítica y si es necesario realizar la corrección del mismo.

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: Dar cumplimiento frente a la identificación, selección, y concertación de las diferentes acciones correspondientes a la estrategia: cuidado continuo por una vida con bienestar con enfoque de género, además de Participar en acciones itinerantes del entorno que sean requeridas, prestando los servicios como profesional en psicología para desarrollar actividades dentro del plan de salud pública. Se realizan 20 sesiones educativas, dos Actividades: Tejiendo Redes para MÁS Bienestar, 10 recorridos y 29 asesorías psicosociales.

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).

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: Llevar a cabo la 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.

6.2 Productos (evidencia): Actas de apropiación y formatos de asistencia, los cuales se encuentran de forma virtual y en físico, según la actividad desarrollada.

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.

7.1 Actividades desarrolladas: Ejecutar acciones en concordancia con el plan de trabajo establecido, identificación de grupos para el ejercicio de seguimiento presencial, para las acciones en el marco de la estrategia cuidado continuo por una vida con bienestar con enfoque de género: Mujer.

7.2 Productos (evidencia): Entrega de productos 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.

Obligación 8: NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES.

8.1 Actividades desarrolladas: Notificar de forma oportuna eventos que se presenten durante el desarrollo de las actividades contractuales.

8.2 Productos (evidencia): Formatos y soportes según el evento a notificar. (SISVECOS, SIVIGILA, CANALIZACIONES)

9. Obligación 9: ORGANIZAR EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL.

9.1 Actividades desarrolladas: Realizar y organizar la documentación en el archivo dando cumplimiento a las obligaciones contractuales.

9.2 Productos (evidencia): Archivo de actividades desarrolladas, siguiendo las

| | |
|----|---|
| 8 | indicaciones dispuestas para su respectiva organización. |
| 9 | <p>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>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.Realizacion de acciones correspondientes</p> <p>10.2 Productos (evidencia): Reuniones virtuales y presenciales, reporte de seguimiento, Informe, Diligenciamiento de la asistencia, sesiones colectivas, canalizaciones.</p> |
| 11 | <p>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> <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</p> <p>12.2 Productos (evidencia): Actividades propuestas y documentos requeridos por la supervisión.</p> |

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 (2026-05-01) AL (2026-05-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---------------------|-------------|---------------|-------------------|
| No. DE PLANILLA: | N° 82690770 | OPERADOR: | MI PLANILLA |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | SURA | 2026/05/13 | \$ 218.900 |
| PENSIÓN: | PORVENIR | 2026/05/13 | \$ 280.200 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 2026/05/13 | \$ 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 ibr 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



MARIA CAMILA SANCHEZ ALVARADO

PS_8265_2025_92F526

MARIA CAMILA SANCHEZ ALVARADO

CC: 1016102196

FIRMA DE QUIEN VALIDA



BRISSETT DAYAN RODRIGUEZ DIAZ

PS_8265_2025_92F526

BRISSETT DAYAN RODRIGUEZ DIAZ

SUPERVISOR ALTERNO

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO



MARIA ANGELICA PEÑALOZA DIAZ

PS_8265_2025_92F526

MARIA ANGELICA PEÑALOZA DIAZ

SUPERVISOR DEL CONTRATO

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD | |
|---------------------|-------------------|-------------------------------|--------|---------------|--------------------|-------------------------------------|-------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | | CORREO |
| CC | 1016102196 | MARIA CAMILA SANCHEZ ALVARADO | | Cra48G #58-19 | 7280415 | | mcsanchez1605@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 |
| | | 82690770 | 13/05/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-04 | 2026-04 | I | \$0 | \$541.800 | |

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 | | | | | |
| EPS010 | EPS Sura | 800088702-2 | 218.900 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 218.900 | 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 |
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 280.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 280.200 | 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 | 42.700 | | | | 42.700 | 0 | 0 | 42.700 | | | 427 | 42.700 | 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 | 218.900 | 218.900 |
| Pensión | 1 | 280.200 | 280.200 |
| Riesgos Laborales | 1 | 42.700 | 42.700 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 541.800 | 541.800 |

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---------------------|-------------------|-------------------------------|--------|---------------|--------------------|-------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 1016102196 | MARIA CAMILA SANCHEZ ALVARADO | | Cra48G #58-19 | 7280415 | mcsanchez1605@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 |
| | | 82690770 | 13/05/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-04 | 2026-04 | I | \$0 | \$541.800 | |

DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | SALUD | | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|---------------------------------|-------------------------------|------------|-----------------------|------------|-----------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-------|------------|----------|-----------|-------------------|------------|---------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|--------------|------------------------|----------|-----------|------|-----------------|------------|------------|---------|------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres | Colombiano | Subleigo | Extranjero | Colom. exarator | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TAP | IPD | IPD | IPD | SEN | IGE | LMA | VAC | AVP | 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 1016102196 | SANCHEZ ALVARADO MARIA CAMILA | 57 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.750.905 | 30 | 280.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS010 | 1.750.905 | 30 | 218.900 | 14-11 | 1.750.905 | 30 | 3 | 42.700 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

 **Pago exitoso**

Número de autorización 108202

Miércoles, 13 de mayo de 2026, 3:21:14 p. m.

Detalle

\$541.800
Valor Pagado

IVA incluido: \$0

Pago a: COMPENSAR-OI

Débito desde: Cuenta de Ahorros *3651

Descripción: MiPlanilla.com Pago
Proteccion Social

Fecha y hora inicio transacción 2026-05-13 15:20:19

NIT del comercio 9998600669427

Número de factura 82690770

Código Único de Seguimiento 305538242

Dirección IP: 191.156.232.122

Referencia 1: 191.156.232.122

Referencia 2: CC

Referencia 3: 1016102196



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 8265 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf | PS 8265 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> PS 8265 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf | PS 8265 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> PS 8265 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf | PS 8265 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> COMUNICACION SUPERVISOR PS 8265 2025 24-3-2026.pdf | COMUNICACION SUPERVISOR PS 8265 2025 24-3-2026.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> PS 8265 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 20 AL 31 DE 2026.pdf | PS 8265 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 20 AL 31 DE 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> PS 8265 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 1 AL 19 DE 2026.pdf | PS 8265 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 1 AL 19 DE 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> PS 8265 2025 CUENTA COBRO ABRIL pdf | CAMILA.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >