

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	LAURA CATALINA NOSSA CHACIN			CC:	1032469567
CORREO ELECTRÓNICO:	LAURACNOSSA95@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3006276495
DIRECCIÓN DOMICILIO:	cl 3 27 35			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008300751891
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 3862 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 837.980	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/04/21	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/06/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31				
 LAURA CATALINA NOSSA CHACIN PS_3862_2026_DB76C5 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LAURA CATALINA NOSSA CHACIN CC: 1032469567 CEL: 3006276495					

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

LAURA CATALINA NOSSA CHACIN

CON C.C N°

1.032.469.567

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL 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. EN EL MARCO DE LAS ACCIONES DE CONTRAPARTIDA DEL CONVENIO M?S BIENESTAR EN TU HOGAR.
----------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3862 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/04/21
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 2.285.400	No. HORAS EJECUTADAS	22
----------------------------	--------------	----------------------	----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 7.199.010	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 837.980
--	--------------	---	------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES
---	----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO
---	---------------------------------

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. GARANTIZAR EL DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA CON OPORTUNIDAD CONFORME A LA NORMATIVIDAD COLOMBIANA VIGENTE, DE ACUERDO CON LA RESOLUCIÓN 1995 DE 1999, ASEGURANDO SIEMPRE LA CLARIDAD Y EXACTITUD DE LA INFORMACIÓN REGISTRADA DENTRO DEL APLICATIVO GTAPS Y DINAMICA. 1.1 REALIZO DE FORMA OPORTUNA HISTORIA CLÍNICA COMPLETA 1.2 HISTORIA CLÍNICA EN DINAMICA
---	---

2	2. DILIGENCIAR LA INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LOS APLICATIVOS DINAMICA Y GTAPS DE LA SDS DIARIAMENTE A COMPLETITUD, CON VERACIDAD Y CALIDAD DEL DATO DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS POSTERIORES A LA INTERVENCIÓN, TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS SON SUJETOS DE AUDITORÍA. 1.1 REALIZO DE FORMA OPORTUNA EL CARGUE DE LA INFORMACIÓN DE LOS PACIENTES EN EL APLICATIVO 1.2 CARGO SIGNOS EN APLICATIVO Y DATOS DE ATENCION
---	---

3	3. BRINDAR INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN AL PACIENTE Y A SU FAMILIA ACERCA DE LA CONDICIÓN CLÍNICA, LOS PLANES DE MANEJO Y LAS RECOMENDACIONES, ASÍ COMO RESOLVER CUALQUIER INQUIETUD RELACIONADA CON EL PROCESO DE TRASLADO 1.1 DOY EDUCACIÓN DE FORMA CLARA EN TÉRMINOS ENTENDIBLES AL PACIENTE Y FAMILIA FRENTE A SU PATOLOGÍA ACTUAL Y SU NECESIDAD DE TRATAMIENTO O CONDUCTAS MÉDICAS ESTABLECIDAS 1.2 EDUCACIÓN MÉDICA
---	--

4	4. EXAMEN FÍSICO (ESCALAS, TAMIZAJES E INSTRUMENTOS SEGÚN CONSULTA Y RESOLUCIÓN 3280-2018) 1.1 USO DE FORMA COMPLETA Y LAS ESCALAS PARA REALIZAR UN EXAMEN FÍSICO COMPLETO E INTEGRA, PARA EL PACIENTE DURANTE LA CONSULTA 1.2 HISTORIA CLÍNICA EN DINÁMICA
---	---

5	5. GARANTIZAR LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN Y LA INTEGRIDAD DE LOS REGISTROS CLÍNICOS. 1.1 SOY DISCRETO Y NO DIVULGO LA INFORMACIÓN MÉDICA DE PACIENTE CON PERSONAS APARTE DEL PACIENTE PARA MANTENER SI CONFIDENCIALIDAD 1.2 HISTORIA CLÍNICA DINÁMICA CONFIDENCIAL
---	--

6	6. CONOCER Y CUMPLIR LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, ASÍ COMO REPORTAR EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES. 1.1 TENGO CLAROS LOS CONCEPTO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA APLICARLOS DURANTE LAS ATENCIONES MÉDICAS PARA SABER CUÁNDO REPORTAR UN EVENTO ADVERSO 1.2 NOTIFICACIÓN DE EVENTO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE OPORTUNO
---	--

7	7. COMUNICAR OPORTUNAMENTE AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER SITUACIÓN QUE PUEDA IMPACTAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, CON EL FIN DE PERMITIR LA TOMA DE DECISIONES ADECUADAS Y GARANTIZAR LA CONTINUIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO 1.1 TENGO CLARAS LAS FUNCIONES OBLIGACIONES DERECHOS DEBERES ESTABLECIDOS EN CONTRATO PARA SABER CUÁNDO SE SE PRESENTA UNA DESIACION 1.2 LECTURA OPORTUNA DEL CONTRATO Y APROPIACIÓN DE LINEAMIENTOS
---	---

8	8. CUMPLIR CON LOS ESTÁNDARES DE CONSULTA SEGÚN LA RESOLUCIÓN 3280-2018 PROPUESTAS DESDE EL PERFIL DE MEDICINA DANDO CUMPLIMIENTO A LAS NECESIDADES DE CONSULTA AVALADAS Y AUTORIZADAS POR PARTE DE LAS EAPB, DILIGENCIANDO CORRECTAMENTE LOS CÓDIGOS CIE-10 SEGÚN IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA, TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS SON SUJETOS DE AUDITORÍA. DEBE CUMPLIR CON 1. ANAMNESIS, 2. REVISIÓN DE SISTEMAS, 3. ANTECEDENTES Y EVALUACIÓN DE RIESGOS, 4. EXAMEN FÍSICO (ESCALAS, TAMIZAJES E INSTRUMENTOS SEGÚN CONSULTA Y RESOLUCIÓN 3280-2018), 5. ANÁLISIS Y HALLAZGOS, 6. DIAGNÓSTICO, 7. PLAN DE TRATAMIENTO O MANEJO. 1.1 REALIZO UNA CONSULTA E HISTORIA CLÍNICA COMPLETA CON TODOS LOS ASPECTOS SOLICITADOS Y REQUERIDOS ASÍ COMO UNA CLASIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICO ACORDE A LA PATOLOGÍA DEL PACIENTE CON SUN TRATAMIENTO Y SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS SEGÚN EL CASO DEL PACIENTE 1.2 HISTORIA CLÍNICA EN DINAMICA
---	---

9	9. DILIGENCIAR FORMATO DE CANALIZACIÓN SIRC CON CALIDAD Y VERACIDAD DEL DATO DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES SEGÚN LINEAMIENTO, DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS DE LA INTERVENCIÓN, TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS SON SUJETOS DE AUDITORÍA 1.1 IDENTIFICO QUE PACIENTES REQUIEREN CANALIZACIÓN SIRC SEGÚN SUS NECESIDADES Y ASÍ MISMO LO REPORTO DE FORMA OPORTUNA EN LAS 24 HORAS DE LA ATENCIÓN 1.2 DILIGENCIO FORMATO CANALIZACIÓN SIRC COMPLETO Y ACORDE A LA NECESIDAD DEL PACIENTE
10	10. DILIGENCIAR Y ENVIAR FICHAS DE NOTIFICACIÓN DE SIVIGILA (EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA), SIVIM (EVENTOS DE VIOLENCIA IDENTIFICADOS) O SISVECOS (IDEACIÓN E INTENTOS DE SUICIDIO) DE ACUERDO CON EL RIESGO IDENTIFICADO, CON CALIDAD Y VERACIDAD DEL DATO, DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS DE LA INTERVENCIÓN, TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS ESTÁN SUJETOS AUDITORÍA EN EL CONVENIO. 1.1 TENGO CLARO CUÁLES SON LOS EVENTOS QUE REQUIEREN NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA 1.2 REALIZO FICHA DE NOTIFICACIÓN DE FORMA OPORTUNA EN 24 H CON DATOS COMPLETOS Y ACORDE A LO SOLICITADO EN CADA FICHA
11	11. LA DURACIÓN DE LA VISITA INDIVIDUAL SERÁ DE 30 MINUTOS, DE TAL MANERA QUE POR CADA DOS VISITAS INDIVIDUALES CORRESPONDERÁN A UNA HORA DESARROLLADA EN ACCIONES COLECTIVAS 1.1 REALIZO UNA ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL COMPLETA AL PACIENTE QUE DURE 30 MINUTOS PARA PODER BRINDAR UNA ATENCIÓN MÉDICA DE CALIDAD Y RESOLVER LAS NECESIDADES DEL PACIENTE 1.2 HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE
12	12. REALIZAR LAS DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL CARGO QUE SEAN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO. 1.1 CUMPLO LAS FUNCIONES ACORDE A MI CARGO Y PROFESIÓN ESTABLECIDAS POR MI LÍDER 1.2 SEGÚN LA ACTIVIDAD SE DEFINIRÁ ENTREGABLE RELACIONADO

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° 1082101414 - 1082406334 - 1082107099	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2026/05/15	\$ 289.400
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/05/15	\$ 370.300
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/05/15	\$ 56.400
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 716.100

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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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 periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 LAURA CATALINA NOSSA CHACIN PS_3862_2026_DB76C5 LAURA CATALINA NOSSA CHACIN CC: 1032469567
---------------------------------------	---

FIRMA DE QUIEN VALIDA



LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ

PS_3862_2026_DB76C5

LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ

SUPERVISOR ALTERNO

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



LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA

PS_3862_2026_DB76C5

LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA

SUPERVISOR DEL CONTRATO

PAGADO 15/05/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LAURA CATALINA NOSSA CHACIN		
Documento	CC1032469567	Dirección	CALLE 2 N° 32 B - 20
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	4450591
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	TAE	TAE	TDP	TAP	USP	COR	USU	IGE	LM	VAC	AVP	ICT	IRP	Días ARP	Días EPS	Días AFP	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 1032469567	LAURA CATALINA NOSSA CHACIN	59	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	\$ 1.750.905	\$ 280.200	(EPS010) EPS SURA	\$ 1.750.905	\$ 218.900	2.436	\$ 1.750.905	\$ 42.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 541.800

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
\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 280.200	\$ 218.900	\$ 42.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 541.800	\$ 0	\$ 541.800

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!

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

Pago PSE**Resultado de su transacción****Código único CUS**

310963882

Destino de pago

SIMPLE OI

Motivo

Pago de Seguridad Social

Fecha

15/05/2026

Número de aprobación

00963882

Dirección IP

67.73.242.126

Valor transacción

\$ 541.800,00

Costo de la transacción

\$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1

172.29.10.57

Referencia 2

CC

Referencia 3

1032469567

PAGADO 31/05/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LAURA CATALINA NOSSA CHACIN			Dirección	CALLE 2 N° 32 B - 20
Documento	CC1032469567			Teléfono	4450591
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			Forma Presentación	ÚNICO
Tipo Persona	NATURAL			Departamento	BOGOTA D.C.
Ciudad	BOGOTA D.C.			Identificación	
Representante Legal				ARP	ARL SURA
Total Afiliados	1				

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	USP	COR	USU	SW	IGE	LMA	VAC	AVP	VT	IRP	Días ARP	Días EPS	Días AFP	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 1032469567	LAURA CATALINA NOSSA CHACIN	59	00									A									0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	\$ 1.750.905	\$ 280.200	(EPS010) EPS SURA	\$ 1.750.905	\$ 218.900	2,436	\$ 1.750.905	\$ 42.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 541.800
CC 1032469567	LAURA CATALINA NOSSA CHACIN	59	00									C	X								0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	\$ 1.772.500	\$ 283.600	(EPS010) EPS SURA	\$ 1.772.500	\$ 221.600	2,436	\$ 1.772.500	\$ 43.200	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 548.400

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
\$ 21.595	\$ 21.595	\$ 21.595	\$ 0	\$ 3.400	\$ 2.700	\$ 500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 6.600	\$ 300	\$ 6.900

Pago PSE**Resultado de su transacción****Código único CUS**

352690030

Destino de pago

SIMPLE OI

Motivo

Pago de Seguridad Social

Fecha

31/05/2026

Número de aprobación

00690030

Dirección IP

181.61.246.128

Valor transacción

\$ 6.900,00

Costo de la transacción

\$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1

172.29.10.57

Referencia 2

CC

Referencia 3

1032469567



PAGOSIMPLE I AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-05-15, 04:26:59 PM Tipo Planilla: N: PLANILLA CORRECCIONES Número Planilla: 1082107099
Nro Planilla Corregida: 1082101414 Periodo Cotización: abril de 2026 Periodo Servicio: abril de 2026

PAGADO 15/05/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LAURA CATALINA NOSSA CHACIN				
Documento	CC1032469567			Dirección	CALLE 2 N° 32 B - 20
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			Teléfono	4450591
Tipo Persona	NATURAL			Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.			Total Afiliados	2
Representante Legal				Departamento	BOGOTA D.C.
				Identificación	

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total					
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	TDE	TAE	TIP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Administradora	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total	
CC 1032469567	NOSSA CHACIN LAURA CATALINA	59	00								C	X								0	0	0	0	0	COLPENSIONES	\$ 542.095	\$ 86.700	EPS SURA	\$ 542.095	\$ 67.800	ARL SURA	\$ 542.095	\$ 13.200	NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 167.700

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes FSP	Aportes FSS	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos)	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE	TOTAL INTERESES	TOTAL FINAL
\$ 542.095	\$ 542.095	\$ 542.095	\$ 0	\$ 86.700	\$ 0	\$ 0	\$ 67.800	\$ 13.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 167.700	\$ 0	\$ 167.700



Pago PSE**Resultado de su transacción****Código único CUS**

310954792

Destino de pago

SIMPLE OI

Motivo

Pago de Seguridad Social

Fecha

15/05/2026

Número de aprobación

00954792

Dirección IP

67.73.242.126

Valor transacción

\$ 167.700,00

Costo de la transacción

\$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1

172.29.11.54

Referencia 2

CC

Referencia 3

1032469567

- 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?

☐ Si

☒ 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
☐ SUPERVISOR DE COMUNICACION PS 3862 2026 8-5-26.pdf	SUPERVISOR DE COMUNICACION PS 3862 2026 8-5-26.pdf	Comprador Descargar Detalle
☐ PS_3862_2026_CUENTA_DE_COBRO_ABRIL_2026.pdf	PS_3862_2026_CUENTA_DE_COBRO_ABRIL_2026.pdf	Proveedor Descargar Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>