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: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**LEIDY YOHANA ORTIZ FONSECA**			**CC:**	**53165810**
CORREO ELECTRÓNICO:	**leidyortizf@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3107543379**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 81F 52A 40 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**008400698448**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7011 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 5.483.200**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30**				

LEIDY YOHANA ORTIZ FONSECA
PS_7011_2025_E881FF

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LEIDY YOHANA ORTIZ FONSECA
CC: 53165810
CEL: 3107543379

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			
LEIDY YOHANA ORTIZ FONSECA			
	CON C.C N°	**53.165.810**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS 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		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 7011 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.483.200	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 60.315.200	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 5.483.200
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE		

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. 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. 1.1 Actividades desarrolladas: Dar línea técnica a los equipos profesionales que se encuentran desarrollando actividades desde el Entorno MAS Bienestar institucional, teniendo clara la línea técnica brindada por la SDS. 1.2 Productos (Evidencias): Actas que soporten la línea técnica brindada a los equipos
2	2. PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR. 2.1 Actividades desarrolladas: Construir y ajustar cronograma a las actividades realizadas durante el mes, dando cumplimiento a las actividades del lineamiento 2.2 Productos (Evidencias): Cronograma que refleje las acciones a realizar o realizadas durante el mes.
3	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. 3.1 Actividades desarrolladas: Realiza orientación técnica a los equipos, participar en mesa de gestión territorial APSocial, Participar en la territorialización y mensualización, Realizar seguimiento a la matriz de territorialización y mensualización, Diligenciar aplicativo de indicadores, Realiza acompañamientos en campo a las acciones desarrolladas por los equipos operativos, revisión de calidad y concordancia de la información reportada en aplicativo GESI. 3.2 Productos (Evidencias): Actas que soporten las asistencias técnicas, Acta de la participación de la mesa de gestión territorial y acta de la revisión de calidad y concordancia con líder GESI, Matriz de territorialización y mensualización, Descarga del diligenciamiento aplicativo indicadores, formato de seguimiento en campo.
4	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: Apoyar las actividades que se requieran del GSP-PSPIC para dar cumplimiento a los estándares de habilitación y acreditación 4.2 Productos (Evidencias): Acta de soporte del apoyo a la actividad requerida
5	5. 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 CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS QUE HAGAN PARTE DE LA RELACIÓN CONTRACTUAL ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 5.1 Actividades desarrolladas: Realiza una asistencia técnica a los equipos, participar en mesa de gestión territorial APSocial, Participar en la territorialización y mensualización, Realizar seguimiento a la matriz de territorialización y mensualización, Diligenciar aplicativo de indicadores, Realiza dos acompañamientos en campo a las acciones desarrolladas por los equipos operativos, revisión de calidad y concordancia de la información reportada en aplicativo GESI. 5.2 Productos (Evidencias): Actas que soporten las asistencias técnicas, Acta de la participación de la mesa de gestión territorial y acta de la revisión de calidad y concordancia con líder GESI, Matriz de territorialización y mensualización, Descarga del diligenciamiento aplicativo indicadores, formato de seguimiento en campo.

6	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: Realizar apropiación conceptual de los lineamientos entregados por SDS 6.2 Productos (Evidencias): Acta de apropiación de lineamientos de la Vigencia octubre 2025 junio 2027
7	7. 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. 7.1 Actividades desarrolladas: Realizar orientación técnica a los equipos operativos, para fortalecer habilidad y contenido que permita el mejoramiento y cumplimiento de las actividades propuestas en los lineamientos. 7.2 Productos (Evidencias): Actas que soporten la línea técnica brindada a los equipos
8	8. ELABORAR Y PRESENTAR DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS LOS INFORMES Y LA INFORMACIÓN REQUERIDA CON LA CALIDAD DE DATOS (INTEGRIDAD, OPORTUNIDAD, CONSISTENCIAS, EXACTITUD) Y CONFORME LAS ACTIVIDADES, METAS Y PRODUCTOS ESTABLECIDOS EN LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO PSPIC VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 8.1 Actividades desarrolladas: Realizar informes requeridos durante el Convenio octubre 2025 junio 2027. 8.2 Productos (Evidencias): Informe y envío del mismo a la instancia requerida
9	9. ORIENTAR TÉCNICA Y OPERATIVAMENTE LAS ACTIVIDADES QUE ADELANTE EL EQUIPO DE LA LINEA DE INTERVENCIÓN, SUBSISTEMA, PROYECTO Y/O ESTRATEGIA DEL PROCESO TRANSVERSAL O ENTORNO ASIGNADO, DE ACUERDO CON SU PERFIL PROFESIONAL PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS PRODUCTOS, ACTIVIDADES Y/O METAS ESTABLECIDOS EN LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO PSPIC. 9.1 Actividades desarrolladas: Gestionar y realizar asistencia técnica a los equipos operativos, para fortalecer habilidad y contenido que permita el mejoramiento y cumplimiento de las actividades propuestas en los lineamientos. 9.2 Productos (Evidencias): Actas que soporten la línea técnica brindada a los equipos.
10	10. NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES. 10.1 Actividades desarrolladas: Realizar verificación y/o fortalecimiento a los equipos operativos frente al procesos de notificación de los eventos de interés en salud pública. 10.2 Productos (Evidencias): Actas que soporten la línea técnica brindada a los equipos, frente al proceso de notificación de casos.
11	11. ORGANIZAR EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL. 11.1.1 Actividades desarrolladas: Organizar la gestión documental que se genere desde el proceso de la referencia del Entorno. 11.1.2 Productos (Evidencias): Documentación organizada en físico y/o magnético y diligenciamiento del FUID
12	12. 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. 12.1 Actividades desarrolladas: Participar de las reuniones, articulaciones o solicitud de información de los procesos trasversales. 12.2 Productos (Evidencias): Actas que soporten la participación a reuniones o articulaciones requeridas por parte de los procesos trasversales.
13	13. 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 INTERVENTORIA 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. 13.1 Actividades desarrolladas: Se realiza la organización para la presentación de la auditoría de acuerdo al período a auditar y seguimiento a cada una de las actividades que cumplan con los atributos propios de calidad. 13.2 Productos (Evidencias): Actas de seguimiento
14	14. 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. 14.1 Actividades desarrolladas: Apoyar las actividades que se requieran del GSP-PSPIC para dar cumplimiento a los estándares de habilitación y acreditación 14.2 Productos (Evidencias): Acta de soporte del apoyo a la actividad requeridas

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 (2026-06-01) AL (2026-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 91275869	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/06/11	$ 274.200
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/06/11	$ 351.000
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/06/11	$ 53.500
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 678.700

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	*LEIDY YOHANA ORTIZ FONSECA* *PS_7011_2025_E881FF* **LEIDY YOHANA ORTIZ FONSECA** **CC: 53165810**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*CLAUDIA IRENE SEGURA VERA* *PS_7011_2025_E881FF* **CLAUDIA IRENE SEGURA VERA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE* *PS_7011_2025_E881FF* **LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53165810	LEIDY YOHANA ORTIZ FONSECA	CARRERA 81F No 52 A 40 Sur	3929513	leidyortizf@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		91275869	11/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$2,193,300	$727.100	

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	274.200	0		0		0	8	1.700	0	275.900	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	351.000	0	0	0	0	8	2.100	0	353.100	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	53.500				53.500	8	400	53.900			535	53.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	43.900	8	300	44.200	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	8	0	0	0
ICBF				
0	8	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	274.200	275.900
Pensión	1	351.000	353.100
Riesgos Laborales	1	53.500	53.900
CCF	1	43.900	44.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	722.600	727.100

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53165810	LEIDY YOHANA ORTIZ FONSECA	CARRERA 81F No 52 A 40 Sur	3929513	leidyortizf@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		91275869	11/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$2,193,300	$727.100	

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. exterior	Excarcelado	IND	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	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 53165810	ORTIZ FONSECA LEIDY YOHANA	57	0			N																	25-14	2.193.300	30	351.000	0	0	0	0	EPS008	2.193.300	30	274.200	14-7	2.193.300	30	3	53.500	CCF24	2.193.300	30	43.900	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
380488348

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
10/06/2026

Número de aprobación
00488348

Dirección IP
181.55.138.0

Valor transacción
$ 727.100,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
181.55.138.0	CC	53165810

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017.

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 7011 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 7011 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 7011 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 7011 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 7011 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	PS 7011 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 7011 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf	PS 7011 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	PS 7011 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf (Archivado)	PS 7011 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 7011 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026..pdf	PS 7011 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	COMUNICACION SUPERVISOR PS 7011 2025 24-3-2026.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 7011 2025 24-3-2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 7011 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 1 AL 19 DE 2026.pdf	PS 7011 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 1 AL 19 DE 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 7011 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 20 AL 31 DE 2026.pdf	PS 7011 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 20 AL 31 DE 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 7011 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS 7011 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	PS 7011 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf (Archivado)	PS 7011 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 7011 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2026..pdf	PS 7011 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2026..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >