

|                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                              |                                                  |         |              |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------|---------|--------------|------------|
| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                        |                              |                                                  |         |              |            |
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)                                                                                                                                                                                                                                                      |                              |                                                  |         |              |            |
| NOMBRES Y APELLIDOS:                                                                                                                                                                                                                                                                         | GINA VALERIA ARDILA LOPEZ    |                                                  |         | CC:          | 1026555720 |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                                                                                                                                                                                                                                                          | GARDILASUBREDCO@GMAIL.COM    |                                                  |         | TELÉFONO:    | 3043288119 |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:                                                                                                                                                                                                                                                                         | CL 26 SUR N° 78G - 30        |                                                  |         | CIUDAD:      | BOGOTA     |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR:                                                                                                                                                                                                                                                                     | BBVA COLOMBIA                | TIPO DE CUENTA:                                  | AHORROS | N° CUENTA:   | 037157484  |
| DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                                        |                              |                                                  |         |              |            |
| N° DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                                             | PS 7516 2025                 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO |         | \$ 1.604.300 |            |
| FECHA DE INICIO CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                     | 2025/10/09                   | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:                   |         | 2026/07/31   |            |
| PERIODO OBJETO DE COBRO:                                                                                                                                                                                                                                                                     | DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31 |                                                  |         |              |            |
| <div><div>GINA VALERIA ARDILA LOPEZ<br/>PS_7516_2025_2C3752</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:</div> <div>GINA VALERIA ARDILA LOPEZ</div> <div>CC: 1026555720</div> <div>CEL: 3043288119</div> |                              |                                                  |         |              |            |

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y  
GINA VALERIA ARDILA LOPEZ

CON C.C N°1.026.555.720

|                      |                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO GESTOR OPERATIVO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES 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 PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO MAS BIENESTAR |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                       |              |                       |            |
|-------------------------------------------------------|--------------|-----------------------|------------|
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 7516 2025 | FECHA INICIO CONTRATO | 2025/10/09 |
|-------------------------------------------------------|--------------|-----------------------|------------|

|                            |             |                      |    |
|----------------------------|-------------|----------------------|----|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | \$3.710.053 | No. HORAS EJECUTADAS | 61 |
|----------------------------|-------------|----------------------|----|

|                                              |              |                                           |             |
|----------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------|-------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | \$53.732.653 | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$1.604.300 |
|----------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------|-------------|

|                                         |                 |
|-----------------------------------------|-----------------|
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS | DIEZ (10) 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<br>(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1    | 1. OBLIGACION: PRESTAR SUS SERVICIOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED.1.1 Actividad desarrollada: Presté mis servicios de manera oportuna y con criterios de calidad, garantizando el cumplimiento de las actividades asignadas en el marco del convenio.1.2 Evidencia: Registros de actividades, reportes operativos y listados de asistencia.                                                                                                                     |
| 2    | 2. OBLIGACION: PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR, ADICIONALMENTE CON LA FINALIZACIÓN DEL MES SE DEBE ENTREGAR UN INFORME DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS PARA LA EJECUCIÓN DE SUS ACTIVIDADES.<br>2.1 Actividad desarrollada: Elaboré y presenté el cronograma mensual de actividades y el informe de ejecución correspondiente al cierre de cada mes.<br>2.2 Evidencia: Cronogramas mensuales e informes de gestión radicados.                                                                                                                               |
| 3    | 3. OBLIGACION: VERIFICAR Y ENTREGAR LOS SOPORTES Y PRODUCTOS REALIZADOS QUE SE SOLICITE CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS DISPUESTOS POR LA SDS VALIDANDO CALIDAD Y VERACIDAD DE LOS MISMOS.<br>3.1 Actividad desarrollada: Verifiqué y entregué los soportes y productos solicitados, validando su calidad y veracidad conforme a los lineamientos establecidos.<br>3.2 Evidencia: Soportes documentales, formatos diligenciados y productos entregados.                                                                                                                                   |
| 4    | 4. OBLIGACION: DAR RESPUESTA A LAS CONTINGENCIAS GENERADAS POR SDS A NIVEL DISTRITO, ASÍ COMO LA DISPONIBILIDAD Y EJECUCIÓN DE LAS MISMAS.<br>4.1 Actividad desarrollada: Atendí y di respuesta oportuna a las contingencias generadas por la SDS a nivel distrital, asegurando su adecuada ejecución.<br>4.2 Evidencia: Actas, reportes de atención y comunicaciones oficiales.                                                                                                                                                                                                               |
| 5    | 5. OBLIGACION: PARTICIPAR Y/O REALIZAR INDUCCIÓN Y RE INDUCCIÓN AL TALENTO HUMANO A CARGO ACORDE CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EN TU HOGAR SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED.<br>5.1 Actividad desarrollada: Participé y realicé procesos de inducción y reinducción al talento humano a cargo conforme a los lineamientos técnicos del convenio.<br>5.2 Evidencia: Listados de asistencia, actas y material de inducción.                                                                                                                                 |
| 6    | 6. OBLIGACION: REALIZAR LA REVISIÓN, ALISTAMIENTO Y ENTREGA CON CALIDAD DE CADA UNO DE LOS FORMATOS, DOCUMENTOS, BASES O INFORMES GENERADOS COMO RESULTADO DE LAS ACCIONES O INTERVENCIONES REALIZADAS EN CUMPLIMIENTO A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EN TU HOGAR VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED.<br>6.1 Actividad desarrollada: Revisé, alisté y entregué con criterios de calidad los formatos, documentos, bases e informes generados durante las intervenciones.<br>6.2 Evidencia: Formatos revisados, bases de datos e informes entregados. |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7  | <p>7. OBLIGACION: VERIFICAR Y HACER LA NOTIFICACIÓN LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES REALIZADAS POR EL CONVENIO.</p> <p>7.1 Actividad desarrollada:<br/>Verifiqué y notifiqué oportunamente los eventos de interés en salud pública detectados durante las intervenciones realizadas.</p> <p>7.2 Evidencia:<br/>Formatos de notificación y registros en aplicativos oficiales.</p>                                                                                                                  |
| 8  | <p>8. OBLIGACION: PARTICIPAR EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS CONVOCADAS POR SDS DE ACUERDO CON LOS PROCESOS ASIGNADOS Y CONFORME A LAS ACTIVIDADES, METAS Y PRODUCTOS ESTABLECIDOS EN LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EN TU HOGAR SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED.</p> <p>8.1 Actividad desarrollada:<br/>Participé en las asistencias técnicas convocadas por la SDS conforme a los procesos y metas asignadas.</p> <p>8.2 Evidencia:<br/>Actas de asistencia técnica y listados de asistencia.</p>                        |
| 9  | <p>9. OBLIGACION: APOYAR EN LA ORGANIZACIÓN DEL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL.</p> <p>9.1 Actividad desarrollada:<br/>Apoyé la organización del archivo documental conforme a la normatividad y la tabla de retención documental vigente.</p> <p>9.2 Evidencia:<br/>Carpetas organizadas y registros de archivo.</p>                                                                                                                                                                |
| 10 | <p>12. OBLIGACION: REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN.</p> <p>12.1 Actividad desarrollada:<br/>Realicé las obligaciones adicionales relacionadas con el objeto del contrato requeridas por la supervisión.</p> <p>12.2 Evidencia:<br/>Correos, actas y reportes de cumplimiento.</p>                                                                                                                                                                                 |
| 11 | <p>13 OBLIGACION: ENTREGAR BAJO SUPERVISIÓN DE CALIDAD LOS PRODUCTOS SUJETOS DE AUDITORÍA.</p> <p>13.1 Actividad desarrollada:<br/>Entregué los productos sujetos de auditoría bajo criterios de calidad y supervisión establecidos.</p> <p>13.2 Evidencia:<br/>Productos entregados y actas de revisión.</p>                                                                                                                                                                                                                                           |
| 12 | <p>14. OBLIGACION: REDACTAR LOS INFORMES DE GESTIÓN CORRESPONDIENTES SUJETOS DE AUDITORÍA.</p> <p>14.1 Actividad desarrollada:<br/>Redacté los informes de gestión correspondientes conforme a los lineamientos y requisitos de auditoría.</p> <p>14.2 Evidencia:<br/>Informes de gestión elaborados y radicados.</p>                                                                                                                                                                                                                                   |
| 13 | <p>15. OBLIGACION: SUPERVISAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES PROPUESTAS EN EL MARCO DEL CUMPLIMIENTO OPERATIVO DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR.</p> <p>15.1 Actividad desarrollada:<br/>Supervisé el cumplimiento de las actividades operativas propuestas en el marco del convenio.</p> <p>15.2 Evidencia:<br/>Reportes de seguimiento y actas de supervisión.</p>                                                                                                                                                                          |
| 14 | <p>16. OBLIGACION: ASISTENCIA A LAS REUNIONES Y COMITÉS CITADOS POR LA SDS Y EL CONVENIO MAS BIENESTAR EN TU HOGAR.</p> <p>16.1 Actividad desarrollada:<br/>Asistí a las reuniones y comités citados por la SDS y el convenio.</p> <p>16.2 Evidencia:<br/>Listados de asistencia y actas de reunión.</p>                                                                                                                                                                                                                                                |
| 15 | <p>17. OBLIGACION: PLANIFICAR, DIRIGIR Y/O PARTICIPAR EN LOS ESPACIOS DE FORTALECIMIENTO TÉCNICO DEL TALENTO HUMANO OPERATIVO.</p> <p>17.1 Actividad desarrollada:<br/>Planifiqué, dirigí y participé en espacios de fortalecimiento técnico del talento humano operativo.</p> <p>17.2 Evidencia:<br/>Actas, listados de asistencia y material de apoyo.</p>                                                                                                                                                                                            |
| 16 | <p>18. OBLIGACION: REALIZAR LAS ACTIVIDADES EN CAMPO Y/O ACOMPAÑAMIENTO DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS OPERATIVOS. VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES Y OBLIGACIONES CONTRACTUALES DE LOS PERFILES A CARGO, REALIZANDO LA CERTIFICACIÓN DE LAS HORAS MENSUAL.</p> <p>18.1 Actividad desarrollada:<br/>Realicé actividades en campo y acompañamiento, verificando el cumplimiento contractual y certificando las horas mensuales del personal a cargo.</p> <p>18.2 Evidencia:<br/>Registros de campo y certificaciones de horas.</p> |
|    | <p>19. OBLIGACION: REALIZAR LOS REGISTROS DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD EN LOS APLICATIVOS DISPUESTOS POR SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.</p> <p>19.1 Actividad desarrollada:<br/>Registré oportunamente las actividades realizadas en los aplicativos dispuestos por la SDS y la Subred.</p>                                                                                                                                                                 |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 17 | 19.2 Evidencia:<br>Registros en aplicativos institucionales.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 18 | 20. OBLIGACION: ENTREGAR LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA CON OPORTUNIDAD CUANDO SE SOLICITE.<br>20.1 Actividad desarrollada:<br>Entregué la documentación requerida de manera oportuna cuando fue solicitada.<br>20.2 Evidencia:<br>Radicados y constancias de entrega.                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 19 | 21. OBLIGACION: CUMPLIR, SEGÚN SU PERFIL Y RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, CON TODAS LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL ANEXO TÉCNICO DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR VIGENTE, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED, ASÍ COMO CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y OPERATIVOS QUE DE ESTE SE DERIVEN.<br>21.1 Actividad desarrollada:<br>Cumplí integralmente con las obligaciones establecidas en el anexo técnico y los lineamientos técnicos y operativos del convenio, según mi perfil.<br>21.2 Evidencia:<br>Informes de cumplimiento y soportes contractuales. |

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° 83563368     | OPERADOR:     | MI PLANILLA  |  |
| CONCEPTO DEL PAGO                             | ENTIDAD         | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |  |
| SALUD:                                        | FAMISANAR       | 2026/05/15    | \$ 322.200   |  |
| PENSIÓN:                                      | PORVENIR        | 2026/05/15    | \$ 412.400   |  |
| RIESGOS LABORALES:                            | SEGUROS BOLIVAR | 2026/05/15    | \$ 62.800    |  |
| OTRO                                          |                 |               |              |  |
| TOTAL PAGADO                                  |                 |               | \$ 797.400   |  |

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 | <div><br/>GINA VALERIA ARDILA LOPEZ<br/>PS_7516_2025_2C3752<br/>GINA VALERIA ARDILA LOPEZ<br/>CC: 1026555720</div> |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

FIRMA DE QUIEN VALIDA



LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ

PS\_7516\_2025\_2C3752

**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\_7516\_2025\_2C3752

**LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA**  
**SUPERVISOR DEL CONTRATO**

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                           |        |                  |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|---------------------------|--------|------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE          |        | DIRECCIÓN        | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1026555720        | GINA VALERIA ARDILA LOPEZ |        | CI 26 sur 78H 30 | 3410814            | VALERYARD@GMAIL.COM                 |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL           | CÓDIGO | DEPARTAMENTO     | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                           |        | BOGOTÁ D. C.     | BOGOTÁ, D.C.       |                                     |
|                     |                   |                           |        |                  |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                    |                 |                           |                    |              |
|----------------------|------------------------------------|-----------------|---------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                    | 83563368        | 15/05/2026                | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                    | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA              | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-04              | 2026-04                            | I               | \$2,577,400               | \$817.700          |              |

## 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 |           |                       |                |               |               |
| EPS017        | Famisanar EPS | 830003564-7 | 322.200                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 8         | 1.900                 | 0              | 324.100       | 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 | 412.400                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 8         | 2.400                 | 0              | 414.800       | 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 | 62.800                 |                  |       |                        | 62.800                | 8         | 400                   | 63.200              |                            |                     | 628               | 63.200        | 1             |

| TOTALES CAJAS |                |  |  |  |  |             |              |           |                   |
|---------------|----------------|--|--|--|--|-------------|--------------|-----------|-------------------|
| Código CCF    | Nombre         |  |  |  |  | NIT         | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte |
| CCF24         | Compensar Caja |  |  |  |  | 860066942-7 | 15.500       | 8         | 100               |
|               |                |  |  |  |  |             |              |           | Total a Pagar     |
|               |                |  |  |  |  |             |              |           | 15.600            |
|               |                |  |  |  |  |             |              |           | No. Afiliados     |
|               |                |  |  |  |  |             |              |           | 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                              | 322.200                             | 324.100       |
| Pensión                | 1                              | 412.400                             | 414.800       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 62.800                              | 63.200        |
| CCF                    | 1                              | 15.500                              | 15.600        |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 4                              | 812.900                             | 817.700       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                           |        |                  |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|---------------------------|--------|------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE          |        | DIRECCIÓN        | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1026555720        | GINA VALERIA ARDILA LOPEZ |        | CI 26 sur 78H 30 | 3410814            | VALERYARD@GMAIL.COM                 |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL           | CÓDIGO | DEPARTAMENTO     | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                           |        | BOGOTÁ D. C.     | BOGOTÁ, D.C.       |                                     |
|                     |                   |                           |        |                  |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                           |        |                  |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |                 |                          |                    |              |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                   | 83563368        | 15/05/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-04              | 2026-04                           | I               | \$2,577,400              | \$817.700          |              |

DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE |                                 |                           |           |          |            |                 | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     |     |     |            | SALUD    |           |      |            | RIESGOS LABORALES   |                      |                                |                                 | CCF      |           |      |                        | PARAFISCALES |           |      |                 |            |            |           |      |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|---------------------------------|---------------------------|-----------|----------|------------|-----------------|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|-----|------------|----------|-----------|------|------------|---------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------|------------------------|--------------|-----------|------|-----------------|------------|------------|-----------|------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| No.                   | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres       | Cotizante | Salud po | Extranjero | Colom. exterior | Exonente              | INS | RET | TDE | TAF | TAP | UPP | VGP | VST | SEN | ICE     | LVA | 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 1026555720                   | ARDILA LOPEZ GINA VALERIA | 59        | 0        |            |                 | N                     |     |     |     |     |     |     | X   |     |     |         |     |     |     |     |     |            | 230301   | 2.577.400 | 30   | 412.400    | 0                   | 0                    | 0                              | 0                               | EPS017   | 2.577.400 | 30   | 322.200                | 14-7         | 2.577.400 | 30   | 3               | 62.800     | CCF24      | 2.577.400 | 30   | 15.500     | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |

Ref: 08758852

Hola

Estamos contigo en cada paso, por eso te informamos el resumen de tu transacción.

|                        |              |
|------------------------|--------------|
| Tipo de transacción:   | Pago PSE     |
| Cuenta terminada en:   | *7484        |
| Fecha de la operación: | 2026-05-15   |
| Establecimiento:       | COMPENSAR-OI |
| Valor:                 | \$817,700.00 |
| Hora:                  | 15:21        |

**Recuerda que:**

Nunca te contactaremos solicitando tus claves o códigos de activación.

Si necesitas ayuda extra, puedes visitar nuestra página web o contactarnos a través de nuestras líneas de atención al cliente:



Bogotá: 601 401 0000  
Línea nacional: 01 8000 912 227

Por favor no respondas este correo.



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

Datos guardados

Cancelar

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 |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------|--------------------|---------------------------|
| No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados |                   |                  |                    |                           |

Documentos de ejecución del contrato

| Descripción                                                                      | Nombre del archivo                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> PS_7516_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf           | PS_7516_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf           |
| <input type="checkbox"/> PS_7516_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf         | PS_7516_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf         |
| <input type="checkbox"/> PS 7516 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf         | PS 7516 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf         |
| <input type="checkbox"/> PS_7516_2025_CUENTA_DE_COBRO_ENERO_2026.pdf             | PS_7516_2025_CUENTA_DE_COBRO_ENERO_2026.pdf             |
| <input type="checkbox"/> PS_7516_2025_CUENTA_DE_COBRO_FEBRERO_2026.pdf           | PS_7516_2025_CUENTA_DE_COBRO_FEBRERO_2026.pdf           |
| <input type="checkbox"/> PS_7516_2025_CUENTA_DE_COBRO_MARZO_2026.pdf             | PS_7516_2025_CUENTA_DE_COBRO_MARZO_2026.pdf             |
| <input type="checkbox"/> COMUNICACION SUPERVISOR PS 7516 2025 8-5-26.pdf         | COMUNICACION SUPERVISOR PS 7516 2025 8-5-26.pdf         |
| <input type="checkbox"/> PS_7516_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_MARZO_2026.pdf | PS_7516_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_MARZO_2026.pdf |
| <input type="checkbox"/> PS_7516_2025_CUENTA_DE_COBRO_ABRIL_2026.pdf             | PS_7516_2025_CUENTA_DE_COBRO_ABRIL_2026.pdf             |
| <input type="checkbox"/> PS_7516_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_ABRIL_2026.pdf | PS_7516_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_ABRIL_2026.pdf |
| <input type="checkbox"/> PS_7516_2025_CUENTA_DE_COBRO_MAYO_2026.pdf              | PS_7516_2025_CUENTA_DE_COBRO_MAYO_2026.pdf              |

Cancelar