

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	MARTHA CECILIA SILVA ZAPATA			CC:	51835791
CORREO ELECTRÓNICO:	marcesiza@hotmail.com			TELÉFONO:	3054652076
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 68 SUR 77J 16			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008970347848
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 7506 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO			\$ 2.656.800
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/10/09	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:			2026/07/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30				



MARTHA CECILIA SILVA ZAPATA
PS_7506_2025_7B5A88

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MARTHA CECILIA SILVA ZAPATA
CC: 51835791
CEL: 3054652076

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

MARTHA CECILIA SILVA ZAPATA

CON C.C N°

51.835.791

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR TECNICO MAS BIENESTAR 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 7506 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/10/09
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 2.285.280	No. HORAS EJECUTADAS	164
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 32.644.080	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.656.800
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 (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)
1	1. OBLIGACIÓN 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 Actividades desarrolladas Ejecuté las actividades asignadas en el marco del convenio, garantizando la aplicación de protocolos y lineamientos técnicos vigentes, con oportunidad en la atención y adecuada interacción con la comunidad. 1.2 Productos (evidencias) Registré y validé las intervenciones realizadas en los formatos institucionales establecidos (planillas, fichas y aplicativos definidos).
2	2. OBLIGACIÓN PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR, ADICIONALMENTE CON LA FINALIZACION DEL MES SE DEBE ENTREGAR UN INFORME DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS PARA LA EJECUCION DE SUS ACTIVIDADES. 2.1 Actividades desarrolladas Elaboré y presenté el cronograma mensual y el informe de actividades del periodo. 2.2 Productos (evidencias) Entregué cronograma e informe mensual diligenciados conforme a lineamientos.
3	3. OBLIGACIÓN APOYAR LA PRESTACION DE SERVICIOS EN EL DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, PRESENTANDO LA INFORMACION Y/O SOPORTES QUE SE SOLICITE CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TECNICOS DEL CONVENIO VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 3.1 Actividades desarrolladas Recolecté, organicé y validé la información requerida en los anexos técnicos. 3.2 Productos (evidencias) Diligencí y entregué soportes conforme a lineamientos técnicos.
4	4. OBLIGACIÓN 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 HABILITACION Y ACREDITACION DE SERVICIOS DE SALUD. 4.1 Actividades desarrolladas Participé en actividades de calidad y mejoramiento continuo según asignación. 4.2 Productos (evidencias) Generé registros de participación y evidencias correspondientes.
5	5. OBLIGACIÓN REALIZAR APROPIACION CONCEPTUAL DESDE SU PERFIL CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TECNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 5.1 Actividades desarrolladas Realicé revisión y apropiación de lineamientos técnicos del convenio, al momento de aceptar el contrato. 5.2 Productos (evidencias) Elaboré acta de apropiación coceptual al inicio del contrato
6	6. OBLIGACIÓN DESARROLLAR PROCESOS DE ASISTENCIA TECNICA DESDE LOS DIFERENTES PROCESOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES CONFORME A SU SABER DISCIPLINAR Y PROFESIONAL, EN FUNCION DE LOS REQUERIMIENTOS PROCESOS TRANSVERSALES. 6.1 Actividades desarrolladas Brindé apoyo técnico en el desarrollo de actividades asignadas. 6.2 Productos (evidencias) Registré asistencia técnica en formatos y actas correspondientes.
7	7. OBLIGACIÓN REALIZAR LA REVISION, 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 TECNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 7.1 Actividades desarrolladas Verifiqué calidad, exactitud y completitud de documentos generados. 7.2 Productos (evidencias) Entregué documentación conforme a lineamientos institucionales.

8	8. OBLIGACIÓN PARTICIPAR Y GESTIONAR LOS ACERCAMIENTOS COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES QUE SE REQUIERAN, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE CADA PROCESO. 8.1 Actividades desarrolladas No aplica para el periodo según las actividades desempeñadas. 8.2 Productos (evidencias) En el desarrollo de mis actividades no se realizan acercamientos comunitarios
9	9. OBLIGACIÓN ACTIVAR Y NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERES EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES. 9.1 Actividades desarrolladas: En el momento en el que identifiqué durante el abordaje las patologías y condiciones de riesgo sujetas a vigilancia o tto especial, procedí con la canalización formal según el protocolo de salud pública. 9.2. Productos (evidencias): Diligencié las fichas de notificación epidemiológica y reporté formalmente la activación de casos al área competente, en el momento que aplicara dicha canalización.
10	10. OBLIGACIÓN PARTICIPAR EN LAS ASISTENCIAS TECNICAS CONVOCADAS POR SDS DE ACUERDO CON LOS PROCESOS ASIGNADOS Y CONFORME A LAS ACTIVIDADES, METAS Y PRODUCTOS ESTABLECIDOS EN LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TECNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 10.1 Actividades desarrolladas Asistí a las convocatorias técnicas programadas. 10.2 Productos (evidencias) Registré asistencia y aplicación de lineamientos.
11	11. OBLIGACIÓN ORGANIZAR EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACION GENERADA DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCION DOCUMENTAL. 11.1 Actividades desarrolladas Clasifiqué y organicé la documentación generada. 11.2 Productos (evidencias) Entregué archivo conforme a normatividad.
12	12. OBLIGACIÓN REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISION. 12.1 Actividades desarrolladas Ejecuté actividades adicionales asignadas. 12.2 Productos (evidencias) Registré cumplimiento de actividades.
13	13. OBLIGACIÓN REALIZAR CARACTERIZACION SOCIODEMOGRÁFICA A COMPLETITUD, CON CALIDAD Y VERACIDAD REALIZANDO LOS TAMIZAJES CORRESPONDIENTES SEGÚN LINEAMIENTO EN EL DESARROLLO DE LA CARACTERIZACION (APGAR, TOMA DE MEDIDAS ANTROPOMETRICAS SEGÚN RESOLUCION 3280-2018, OMS, FINDRISC, CUESTIONARIO DE EPOC Y PLANILLA DE FIRMAS), TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS SON SUJETOS DE AUDITORÍA. 13.1 Actividades desarrolladas Realicé la planeación, organización y ejecución de las jornadas de caracterización sociodemográfica, identificando a la población objeto; apliqué los instrumentos de caracterización y verifiqué la calidad, completitud y veracidad de la información recolectada; efectué la aplicación del APGAR Familiar, el cuestionario FINDRISC y el cuestionario de tamizaje para EPOC; tomé las medidas antropométricas requeridas de acuerdo con los lineamientos, cuando se identifiqué la necesidad, registré y validé los resultados obtenidos, gestioné la firma de las planillas de participación correspondientes, consolidé y depuré las bases de datos generadas, identifiqué factores de riesgo y necesidades detectadas durante el proceso, elaboré los informes técnicos y reportes de avance, y mantuve organizados todos los soportes documentales requeridos para los procesos de seguimiento, supervisión y auditoría. 13.2 Productos (evidencias) Entregué los formatos de caracterización sociodemográfica debidamente diligenciados, los registros de aplicación del APGAR Familiar, los resultados de las mediciones antropométricas realizadas conforme a la Resolución 3280 de 2018 y los lineamientos de la OMS, los formularios FINDRISC y los cuestionarios de tamizaje para EPOC completamente diligenciados, las planillas de firmas de participación, la base de datos consolidada y validada con la información recolectada, los reportes de hallazgos y factores de riesgo identificados, los informes de avance y el informe final de ejecución, así como la totalidad de los soportes documentales y evidencias requeridas para los procesos de seguimiento y auditoría.
14	14. OBLIGACIÓN DILIGENCIAR LA INFORMACION DE LA CARACTERIZACION SOCIODEMOGRÁFICA EN EL APLICATIVO GTAPS DE LA SDS DIARIAMENTE A COMPLETITUD, CON VERACIDAD Y CALIDAD DEL DATO DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS DE LA INTERVENCION, TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS SON SUJETOS DE AUDITORÍA. 14.1 Actividades desarrolladas Registré la información en el aplicativo GTAPS dentro de los tiempos establecidos. 14.2 Productos (evidencias) Generé soporte de registro en el aplicativo.
15	15. OBLIGACIÓN PRESENTAR EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES E INSUMOS PREPARADOS (MAPAS BASE, MATRICES, CARTOGRAFÍA, DATOS CATASTRALES Y POBLACIONALES). 15.1 Actividades desarrolladas Presenté cronograma e insumos requeridos. 15.2 Productos (evidencias) Entregué informe y soportes correspondientes.
16	16. OBLIGACIÓN PRESENTAR MAPA CON REGISTRO DEL EJERCICIO DE CARTOGRAFÍA REALIZADO POR EL GESTOR. · MATRIZ DE INFORMACION CUANTITATIVA Y CUALITATIVA, CON EL REGISTRO REALIZADO POR PARTE DEL GESTOR. 16.1 Actividades desarrolladas No se realizaron ejercicios de cartografía en el periodo. 16.2 Productos (evidencias) Desde las actividades desarrolladas no se realizan ejercicios de cartografia
17	17. OBLIGACIÓN PARTICIPAR EN EL COMITE TERRITORIAL EN EL QUE PARTICIPA TODO EL EQUIPO REVISION Y ANÁLISIS DE INFORMACION (CARTOGRAFÍA, MATRIZ, INFORME Y CONCLUSIONES DE COMITE DE CUIDADO). 17.1 Actividades desarrolladas Participé en espacios de comité territorial programados. 17.2 Productos (evidencias) Registré participación en actas.
18	18. OBLIGACIÓN REALIZAR EL REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES EN INSTRUMENTOS DEFINIDOS PARA CAPTURA DE INFORMACION CON CALIDAD (PLANILLA DE FAMILIAS CON CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ATENCION INICIAL DESDE ABORDAJE TERRITORIAL, APLICATIVO EN LÍNEA DEFINIDO POR SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD). 18.1 Actividades desarrolladas Registré actividades en instrumentos definidos. 18.2 Productos (evidencias) Diligencié planillas y registros.
19	19. OBLIGACIÓN GESTIONAR Y ACTIVAR LOS RIESGOS EN SALUD IDENTIFICADOS CON OPORTUNIDAD A TRAVES DEL AGENDAMIENTO, ACTIVACIONES DE RUTA O FORMATOS DE NOTIFICACION DE EVENTOS DE INTERES EN SALUD PÚBLICA SEGÚN CORRESPONDA. 19.1 Actividades desarrolladas Gestioné riesgos identificados según lineamientos. 19.2 Productos (evidencias) Registré activaciones y rutas de atención.

20	20. OBLIGACIÓN CUMPLIR, SEGÚN SU PERFIL Y RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, CON TODAS LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL ANEXO TECNICO DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR VIGENTE, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED, ASÍ COMO CON LOS LINEAMIENTOS TECNICOS Y OPERATIVOS QUE DE ESTE SE DERIVEN. 20.1 Actividades desarrolladas Desarrollé actividades conforme a lineamientos técnicos y operativos. 20.2 Productos (evidencias) Elaboré informe de cumplimiento del periodo.		
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° 90401975	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/06/10	\$ 218.900
PENSIÓN:	SIN DATO	2026/06/10	\$ 0
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/06/10	\$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 261.600
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 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		MARTHA CECILIA SILVA ZAPATA PS_7506_2025_7B5A88 MARTHA CECILIA SILVA ZAPATA CC: 51835791	
FIRMA DE QUIEN VALIDA		LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ PS_7506_2025_7B5A88 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_7506_2025_7B5A88

LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA
SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	51835791	MARTHA CECILIA SILVA ZAPATA		cl 65 h 78j-03 sur	7755187	marcesiza@hotmail.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 (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		90401975	10/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$1,750,905	\$296.700	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	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

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 Bolívar S.A.	860002503-2	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre							NIT	Valor Aporte
CCF24	Compensar Caja							860066942-7	35.100

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				

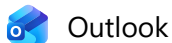
TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	1	35.100	35.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	296.700	296.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	51835791	MARTHA CECILIA SILVA ZAPATA		cl 65 h 78j-03 sur	7755187	marcesiza@hotmail.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
		90401975	10/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$1,750,905	\$296.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES																	
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud	Extranjero	Colom. exterior	Exonente	ING	RET	TDE	TAF	TAP	VST	VSP	SAN	AGE	LVA	ANP	VCT	IRL	CORRECCION	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 51835791	SILVA ZAPATA MARTHA CECILIA	59	4			N																0	0	0	0	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-7	1.750.905	30	3	42.700	CCF24	1.750.905	30	35.100	0	0	0	0	0

**PSE - Transacción Aprobada** **CUS 378389065**

Desde serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>

Fecha Mié 10/06/2026 7:43 AM

Para marcesiza@hotmail.com <marcesiza@hotmail.com>



¡Hola, martha cecilia silva zapata!

Estado de la Transacción: **Aprobada** 

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: \$ 296.700

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha de la transacción: 10/06/2026

CUS: 378389065

Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten en cuenta estos tips de seguridad:



Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.



No abras enlaces sospechosos.



Cambia tus contraseñas con regularidad.



Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.



Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.



[Aumentar el contraste](#)



UTC -5 11:49:39

MARTHA CECILIA SI...



Buscar...

Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

1 Información general

Cancelar



2 Condiciones

VER CONTRATO

3 Bienes y servicios

Ejecución del Contrato

4 Documentos del Proveedor

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

5 Documentos del contrato

Plan de Pagos

6 Información presupuestal

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ☐ Sí ☒ No

7 Ejecución del Contrato

8 Modificaciones del Contrato

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
------------	-------------------	------------------	--------------------	---------------------------	--------

9 Incumplimientos

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	
☐ PS_7506_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	PS_7506_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	
☐ PS_7506_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf	PS_7506_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf	
☐ PS 7506 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 7506 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES NOVIEMBRE 2025.pdf	
☐ PS 7506 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	PS 7506 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	
☐ PS_7506_2025_CUENTA_DE_COBRO_ENERO_2026.pdf	PS_7506_2025_CUENTA_DE_COBRO_ENERO_2026.pdf	
☐ PS_7506_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_ENERO_2026.pdf	PS_7506_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_ENERO_2026.pdf	
☐ PS_7506_2025_CUENTA_DE_COBRO_FEBRERO_2026.pdf	PS_7506_2025_CUENTA_DE_COBRO_FEBRERO_2026.pdf	
☐ PS_7506_2025_CUENTA_DE_COBRO_MARZO_2026.pdf	PS_7506_2025_CUENTA_DE_COBRO_MARZO_2026.pdf	
☐ COMUNICACION SUPERVISOR PS 7506 2025 8-5-26.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 7506 2025 8-5-26.pdf	
☐ PS_7506_2025_CUENTA_DE_COBRO_ABRIL_2026.pdf	PS_7506_2025_CUENTA_DE_COBRO_ABRIL_2026.pdf	
☐ PS_7506_2025_CUENTA_DE_COBRO_MAYO_2026.pdf	PS_7506_2025_CUENTA_DE_COBRO_MAYO_2026.pdf	

Cancelar



**LA SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y
CESANTIAS PORVENIR S.A.**

INFORMA:

Que en esta Sociedad Administradora se le realizó Devolución de Saldos por SOLICITUD POR DEVOLUCIÓN DE SALDOS VEJEZ NORMAL al(a) Señor(a) MARTHA CECILIA SILVA ZAPATA, identificado(a) con Documento No. 51,835,791, por las siguientes sumas:

Fecha	Descripción	Valor
Nov.08/22	DEVOLUCION_SALDOS	\$30,881,343.00

Así las cosas el(la) Señor(a) MARTHA CECILIA SILVA ZAPATA, no se encuentra pensionado(a) por Vejez, Invalidez o Sobrevivencia en esta Sociedad Administradora.

Se expide la presente certificación a solicitud del(a) interesado(a), a los 12 días del mes de Junio de 2026.

Cordialmente,



Gerente de Clientes