capitalsalud eps-s	**FORMATO SOPORTE CUENTA DE COBRO OPS** PROCESO FINANCIERA SUBPROCESO GESTION TRIBUTARIA	**CÓDIGO:** FR-067-FIC **VERSIÓN:** V1.0-2025

Cuenta No.	**006-2026**

CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.S.
NIT 900.298.372-9

DEBE A:

NOMBRE: **Luz Dalia Betancourt Peña**

IDENTIFICACIÓN: NUMERO **52.772.042** DV **0**

LA SUMA DE:

(LETRAS) **SIETE MILLONES SETECIENTOS TRES MIL SETENTA Y SIETE PESOS M/CTE**

(NUMEROS) $ **7.703.077,00**

POR CONCEPTO DE:

CONTRATO No. **CS-AD-035-2026**

OBJETO: **Prestar Servicios Profesionales Especializados para la asesoría técnica y apoyo en el desarrollo de las etapas del sistema de gestión del riesgo con énfasis en procesos de talento humano, mercadeo, comunicaciones y contratación.**

PERIODO COMPRENDIDO ENTRE: **1 de junio de 2026** y **30 de junio de 2026**

CIUDAD/MUNICIPIO DONDE SE PRESTA EL SERVICIO: **Bogotá**

ACTIVIDAD ECONÓMICA CIIU- (Casillla 46 del RUT)	**8692 - 8610**
DIRECCION ACTUAL	**Av. Cra. 19 No. 32 - 47 Apto. 305**
TELÉFONO / CELULAR	**324 4635435**
CORREO ELECTRÓNICO	daliabp@gmail.com

DECLARACIÓN SOBRE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL
En el marco de lo dispuesto por el artículo 21 de la Ley 2381 de 2024, reglamentado por el artículo 2.2.4.18.7. del Decreto 514 de 2025 se establece que "*cuando se celebren contratos de prestación de servicios el contratante y el contratista podrán acordar que será responsabilidad del contratante realizar la cotización al Sistema de Protección Social Integral para la Vejez, Invalidez y Muerte de origen común*". En este contexto, MANIFIESTO libremente que he decidido asumir la liquidación y pago de mis aportes a la planilla de seguridad social de manera directa.

DECLARACIÓN DE OPCIÓN DE RETENCIÓN EN LA FUENTE DEL CONTRATISTA (Marque una solo opción)

- [x] Aplicación del artículo 383 del Estatuto Tributario, correspondiente a la tabla de retención en la fuente para pagos laborales, con base en el 100% del valor mensual recibido.
- [ ] Aplicación de costos y deducciones, conforme a lo previsto en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto 1625 de 2016, y demás normas concordantes, sobre la base gravable neta resultante de restar los costos y gastos debidamente soportados al ingreso mensual.

Si desea obtener los beneficios tributarios, indique cual de estas condiciones cumple y adjunte los soportes correspondientes según la selección:

Pagos por salud a empresas de medicina prepagada o pagos por seguros de salud	☑
Aportes a fondos de pensiones voluntarias (APV) o cuentas de ahorro para el fomento de la construcción (AFC)	☐
Intereses de préstamos para adquisición de vivienda	☐
Aportes obligatorios al sistema de seguridad social integral.	☑
Declaración juramentada de dependencia económica	☐

Manifiesto libre y voluntariamente que: La(s) persona(s) relacionadas(s) a continuación se encuentran bajo mi responsabilidad y dependencia económica y mensualmente mis gastos ascienden a la suma de $

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE DOCUMENTO				NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
	CC	RC	TI	CE		

Declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada es veraz y que cumplo con los requisitos establecidos en la normatividad tributaria vigente para aplicar el método seleccionado. Así mismo, me comprometo a presentar los soportes correspondientes en caso de ser requeridos por la entidad contratante o por la autoridad tributaria.

FIRMA

* Ver instrucciones para el diligenciamiento al respaldo de este documento

****NOTA: Si es la primera vez que radica cuenta de cobro, no olvide adjuntar su RUT con fecha de generacion inferior a un mes.**

INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO

Señor beneficiario diligencie el presente formato, junto con las respectivas firmas. CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.S. realiza la evaluación de la información aquí registrada y devolverá la cuenta de cobro en caso de encontrar diferencias, las cuales serán comunicadas al interesado.
En ningún caso será procesado el pago sin la recepción a satisfacción de este documento por parte de CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.S.

a.	**Nombre:** se debe consignar los nombres y apellidos completos tal como aparecen en su documento de identificación.
b.	**Identificacion:** marque NIT para número de identificación tributaria casilla 46 de RUT
c.	**Letras:** Diligenciar con claridad el valor, correspondiente a la sumatoria del valor fijo y variable (si aplica)
d.	**Números:** Diligenciar el valor total a cobrar de acuerdo a lo establecido en el contrato firmado con CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.S. (sumatoria del valor fijo y variable - si aplica)
e.	Contrato: Escriba el número del contrato que suscribió con CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.S. el cual aparece en el Secop II o en la minuta del contrato
f.	**Objeto:** Diligenciar el objeto registrato en el memorando de solicitud de contratacion, el cual aparece en el Secop II o en la minuta del contrato
g.	**Periodo Comprendido Entre:** Se diligencia el periodo a cobrar del mes (DD/MM/AAAA), de acuerdo a la forma de pago establecida contractualmente
h	**Ciudad:** municipio y/o ciudad donde se presta el servicio
i.	**CÓDIGO DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA CIIU- DE ESTE COBRO:** Inicar el codigo CIIU de la actividad economica
J	**Dirección:** residencia del contratista
k	**Telefono:** fijo o numero de celular
l.	**Correo Electronico: escriba de manera clara correo de contacto**
m.	**Declaracion de Opcion Retencion en la fuente: Marque una sola opcion de acuerdo a su realidad fiscal**
n	**Beneficios tributarios:** Indicar con una x a que beneficios tributarios tiene derecho y adjunte los soportes

AVISO DE PRIVACIDAD PARA RECOLECCIÓN DE DATOS PERSONALES

CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.S., con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., informa que es el Responsable del Tratamiento de los datos personales suministrados por Usted, los cuales serán incorporados a nuestras bases de datos y archivos automatizados y/o manuales, para ser tratados en cumplimiento de las finalidades debidamente consentidas por Usted y descritas en nuestra política de tratamiento de información personal, la cual podrá consultar en nuestra página www.capitalsalud.gov.co/politica-de-privacidad-para-la-app-de-capital-salud-eps-s/.

Le recordamos que Usted no se encuentra obligado a dar respuesta a las preguntas que se le formulen sobre datos personales de carácter sensible o a autorizar su tratamiento, de conformidad con lo establecido en el artículo 2.2.2.25.3.2 del Decreto 1074 de 2015. Por tal motivo, CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.S. sólo realizará el tratamiento de los datos personales que usted autorice.

ELABORO / MODIFICO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Yuly Carolina Rodriguez Romero **Cargo:** Profesional Universitario Impuestos **Fecha:** Julio de 2025	Rudt Marlen Wilchez C / Lizeth Mairena Montero L. Coordinadora Tributaria (E)/ Prof. Procesos y Calidad Julio 2025	Ricardo Triana Parga Director Administrativo y Financiero Julio 2025

capitalsalud	**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO Y RECIBIDO A SATISFACCIÓN PARA PAGO** PROCESO GESTIÓN ADMINISTRATIVA SUBPROCESO DE GESTIÓN DE COMPRAS	**Código** FR-107-ADM **Versión** V6.0-2026

En el ejercicio del control de ejecución, certificó el cumplimiento del objeto y obligaciones así:

Contratista/Proveedor	LUZ DALIA BETANCOURT PEÑA			**NIT/C.C.**	52772042
Contrato:	X	**Orden de Compra**	N/A	**Legalización**	N/A
Otro:	N/A				
NO.	CS-AD-035-2026	**VALOR**			**$46.218.462**

Objeto	Prestar Servicios Profesionales Especializados para la asesoría técnica y apoyo en el desarrollo de las etapas del sistema de gestión del riesgo con énfasis en procesos de talento humano, mercadeo, comunicaciones y contratación.

Fecha Inicio del contrato	26 de ENERO de 2026	**Fecha Terminación**	25 de JULIO de 2026	**Valor inicial contrato**	**$ 46.218.462**
Fecha Inicio Prorroga No 1	NO APLICA	**Fecha Terminación Prorroga 1**	NO APLICA	**Valor adición No 1**	**$0**
Tiempo total del Contrato	6 MESES Y 0 DIAS			**Valor total contrato con adiciones**	**$46.218.462**
Total ejecutado a 31 de MAYO de 2026	**$32.096.154**			**Saldo de contrato disponible a 01 de JUNIO de 2026**	**$14.122.308**

INFORMACIÓN PARA PRESUPUESTO Y TESORERÍA

Código	2.1.2.02.02.008.03.09.09.2.	**Rubro**	Otros servicios profesionales, técnicos y empresariales n.c.p.

Número CDP	CDP-2026-0544	**Fecha**	9 de ENERO de 2026	**Valor CDP**	$ 46.218.462
Número CRP	CRP-2026-1445	**Fecha**	26 de ENERO de 2026	**Valor CRP**	$ 46.218.462
				Valor total presupuesto asignado año 2026	**$46.218.462**
				Valor total asignación presupuestal	**$46.218.462**
				Saldo CRP 01 de JUNIO de 2026	**$14.122.308**

DETALLADO DE FACTURACIÓN

Periodo del Servicio	Factura o CXC	Concepto de Servicio o Compra	Valor	Saldo
1 al 30 de junio de 2026	CXC 006-2026	Servicios Profesionales Especializados de asesoria técnica	$7.703.077	**$6.419.231**
Total Facturas o cuentas de cobro a pagar			**$7.703.077**	
Saldo Total CRP a 01 de JULIO de 2026			**$6.419.231**	

DETALLADO DE LEGALIZACIÓN

Legalización NO.	Concepto	Valor	Observaciones
N/A	**Saldo a consignar:**	**$ 0**	
	Saldo pendiente a favor:	**$ 0**	

OBSERVACIONES	
FORMA DE PAGO	TRANSFERENCIA

Nota: Si es una factura de arrendamiento o de conseción, por favor realizar la observación sobre el incremento de IPC o variaciones en el valor de la factura.

COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO ME PERMITO CERTIFICAR

Para el pago parcial	
Para el pago total	X

EVALUACIÓN DEL PROVEEDOR

RESPONDA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTA DE 10 A 100, SIENDO 10 LA CALIFICACIÓN MÁS BAJA Y 100 LA MÁS ALTA.

DESCRIPCIÓN	CALIFICACION	OBSERVACIONES
Cumplió con el objeto para el cual se suscribió el contrato o la orden de compra	100	
Cumplió con las especificaciones técnicas y de funcionalidad requeridas de acuerdo con el contrato u orden de compra	100	
Cumplió con la entrega de las cantidades solicitadas	100	
La entrega se realizó en los tiempos acordados en el contrato u orden de compra	100	
Dio cumplimiento a las normas de Seguridad y salud en el trabajo	SI	
Recibió la certificación y se verificó el cumplimiento del pago de aportes a la seguridad social y aportes parafiscales.	SI	
Transparencia y Etica: El proveedor fomenta la participación de todas las partes interesadas relevantes en el proceso de compra, garantizando un acceso equitativo a la información	SI	

Puntaje Total	**100**	**Calificación**	**EXCELENTE**

	PUNTAJE	RESULTADO
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN DEFINIDA	81 - 100	EXCELENTE - Proveedor confiable y recomendado.
	51 - 80	BUENO - Proveedor confiable.
	31 - 50	REGULAR - Proveedor poco confiable. Condicionado y/o Sancionado
	10 - 30	NO CONFIABLE - Proveedor Restringido

CONSTANCIA
Se expide la certificación en Bogotá D.C., en el mes de junio de **2026.**

FIRMA DEL SUPERVISOR O RESPONSABLE
Nombre: LUZ MARINA DURAN SANCHEZ
Cargo: Jefe Oficina de Riesgos

Diana Marcela Mejía B.
APOYO A LA SUPERVISIÓN
Nombre: DIANA MARCELA MEJIA BALAGUERA
Cargo: Profesional Especializado de Riesgos

Elaboró: Luz Dalia Betancourt Peña

ELABORO/MODIFICO	REVISO	APROBO
Nombre: Iliana María Quintero Forero **Cargo:** Profesional de Compras **Fecha:** Marzo 2026	Dehidy Amparo Martinez / Daniela Aldana Coord. Administrativa / Prof. Procesos y Calidad Marzo 2026	Ricardo Triana Parga Director Administrativo y Financiero Marzo 2026

CONTROL DE CAMBIOS	
VERSIÒN	**DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO**
V3.0-2023	Se modifica código del documento, asignación de proceso y subproceso; por motivo de actualización de mapa de proceso
V4.0-2025	Se actualiza la información solicitada dentro del formato
V5.0-2025	Se actualiza la información en el ítem descripción
V6.0-2026	Se actualiza incluyendo la evaluación del proveedores de manera cuantitativa

capitalsalud eps-s	**FORMATO INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS** MACROPROCESO GESTIÓN LEGAL Y JURIDICA PROCESO GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	**Código:** F27 - LJ **Versión:** V1.1-2019

FORMATO DE INFORME DE SUPERVISIÓN DEL CONTRATO No. CD-AD-035-2026 - LUZ DALIA BETANCOURT PEÑA

Periodo de Informe de Supervisión: **Desde: 1 de Junio de 2026** **Hasta: 30 de Junio de 2026**

Periodicidad pactada en el contrato: Mensual

Porcentaje de Ejecución: 86%

Presupuesto ejecutado a la fecha del informe: ($39,799,231) TREINTA Y NUEVE MILLONES CON SETECIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS TREINTA Y UN PESOS M/CTE.

DATOS DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

Nombre del Supervisor y cargo:	**LUZ MARINA DURAN SANCHEZ / JEFE OFICINA GESTIÓN DE RIESGOS**
Apoyo a la Supervisión:	**DIANA MARCELA MEJIA BALAGUERA**

DATOS BASICOS DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato:	26/01/2026	**Fecha de Fin del Contrato:**	25/07/2026
Valor Inicial del Contrato	$ 46,218,462 CUARENTA Y SEIS MILLONES DOSCIENTOS DIECIOCHO MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y DOS PESOS M/CTE.		
Objeto del contrato:	Prestar Servicios Profesionales Especializados para la asesoría técnica y apoyo en el desarrollo de las etapas del sistema de gestión del riesgo con énfasis en procesos de talento humano, mercadeo, comunicaciones y contratación.		

INFORMACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO

FECHA DE LA PRÓRROGA	DESDE	HASTA	FECHA DE LA ADICIÓN	VALOR DE LA ADICIÓN
PRORROGA No. 1 Si aplica):	*N/A*	**N/A**	**ADICIÓN No. 1 (Si aplica):**	**$** -
PRORROGA No. 2 (Si aplica):	*N/A*	**N/A**	**ADICIÓN No. 2 (Si aplica):**	**$** -

SEGUIMIENTO A LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATO

No.	Descripción de la obligación	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
1	Apoyar el seguimiento a indicadores y planes de mejoramiento del ciclo general de riesgos en los procesos de: talento humano, mercadeo y comunicaciones, contratación y los demás asignados por el supervisor.	X		
2	Realizar los informes de gestión trimestrales de las etapas del ciclo general del riesgo.	X		
3	Hacer el informe de gestión semestral de los subsistemas de riesgo de la entidad.	X		
4	Diligenciar el seguimiento a la matriz de evaluación del Sistema de Control Interno.	X		
5	Gestionar las presentaciones solicitadas por el supervisor del contrato frente al Sistema de Gestión del Riesgo.	X		
6	Socializar y capacitar a los colaboradores de la entidad del resultado del seguimiento cuatrimestral de riesgos y controles con las oportunidades de mejora de los procesos asignados.	X		
7	Proyectar las actas del Comité de Riesgos ordinarios y extraordinarios.	X		
8	Apoyar la implementación del ciclo general de riesgos de los procesos asignados.	X		
9	Orientar a los procesos y subprocesos asignados, desde la identificación, valoración, monitoreo, seguimiento y control de los riesgos.	X		
10	Capacitar a los colaboradores de la entidad sobre los riesgos en los procesos de inducción y reinducción.	X		
11	Documentar, socializar y acompañar la implementación del ciclo general de riesgos, conforme a los procesos asignados.	X		
12	Elaborar los procedimientos del ciclo general de riesgos.	X		
13	Gestionar las actas de reunión correspondientes a las mesas de trabajo, socializaciones y capacitaciones de los subprocesos asignados.	X		

APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

SGSSS	FECHA DE PAGO	VALOR DEL PAGO
PENSIÓN	**6/03/2026**	**$ 493.000**
SALUD	**6/03/2026**	**$ 385.200**
RIESGOS PROFESIONALES	**6/03/2026**	**$ 16.100**
PARAFISCALES		**$** -

PLAN DE MEJORAMIENTO

Indicar si el contratista requiere plan de mejoramiento	SI		NO	X

Fecha de revisión de cumplimiento	Desde:		Hasta:	

No.	Descripción del incumplimiento	Acción de mejora	CUMPLE	NO CUMPLE

Observaciones al seguimiento: No aplica

V.- Información Presupuestal	**Valor Inicial del Contrato: $46,218,462**

Sanciones

Marque con una x el tipo de sanción que fue se le impuso al contratista.

Tipo de Sancion impuesta	Valor de la sanción	Observaciones
Multa		
Cláusula Penal		
Suspensión del contrato		
No se impuso sanción		

Certificación de cumplimiento y autorización de pago

El supervisor manifiesta que realizo el seguimiento a la ejecución integral del contrato y autoriza la realización del pago, para el mes de junio de 2026

LUZ MARINA DURAN SANCHEZ
Jefe Oficina de Riesgos

ELABORO / MODIFICO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Andrea Carolina Vergara Espinosa	Alejandra Ignacia Avella Peña \ William López	Alejandra Ignacia Avella Peña
Cargo: Abogada Senior Contratación	Secretaria General y Jurídica \ Profesional de Procesos y Calidad	Secretaria General y Jurídica
Fecha: Agosto 2019	Fecha: Agosto 2019	Fecha: Agosto 2019

CAPITAL SALUD EPS

INFORME DE GESTIÓN
DEL 1 DE JUNIO AL 30 DE JUNIO DE 2026

LUZ DALIA BETANCOURT PEÑA
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O APOYO A LA GESTIÓN N°CS-AD-035-2026

INFORME DE GESTIÓN

1. **Apoyar el seguimiento a indicadores y planes de mejoramiento del ciclo general de riesgos en los procesos de: talento humano, mercadeo y comunicaciones, contratación y los demás asignados por el supervisor:**
   - Revisión de los KPI´s definidos para los procesos de Contratación, Mercadeo y Comunicaciones, y los subprocesos de Administración del Talento Humano, Desarrollo del Talento Humano y Seguridad y Salud en el Trabajo.

2. **Realizar los informes de gestión trimestrales de las etapas del ciclo general del riesgo:**
   - Aplica hasta agosto.

3. **Hacer el informe de gestión semestral de los subsistemas de riesgo de la entidad:**
   - Aplica en el mes de agosto.

4. **Diligenciar el seguimiento a la matriz de evaluación del Sistema de Control Interno:**
   - No aplica.

5. **Gestionar las presentaciones solicitadas por el supervisor del contrato frente al Sistema de Gestión del Riesgo:**
   - Realizar presentación de avances de seguimientos realizados hasta la segunda semana de junio.
   - Realizar presentación para la retroalimentación por parte de la segunda línea de defensa a los lideres de los procesos.
   - Realizar presentación para el comité de riesgos efectuado en la primera semana de junio.

6. **Socializar y capacitar a los colaboradores de la entidad del resultado del seguimiento cuatrimestral de riesgos y controles con las oportunidades de mejora de los procesos asignados:**
   - Realizar reuniones con lideres de proceso de Seguridad y salud en el Trabajo, Mercadeo, Comunicaciones e infraestructura física para revisar riesgos y controles, teniendo en cuenta las propuestas de ajustes realizadas por la Oficina de Control Interno.

7. **Proyectar las actas del Comité de Riesgos ordinarios y extraordinario:**
   - Proyectar acta de comité de riesgos del mes de junio.

8. **Apoyar la implementación del ciclo general de riesgos de los procesos asignados:**
   - Realizar mesas de trabajo de ajustes de riesgos y controles acorde al análisis de los informes de la oficina de control interno frente a riesgos de desarrollo de talento humano y seguridad y salud en el trabajo, comunicaciones, mercadeo e infraestructura física.

9. **Orientar a los procesos y subprocesos asignados, desde la identificación, valoración, monitoreo, seguimiento y control de los riesgos:**
   - Indicar a los lideres de los procesos la calidad del cargue de la información antes de emitir un puntaje final para el seguimiento realizado por parte de la segunda línea de defensa.
   - Mesa de trabajo con el equipo de seguridad y salud en el trabajo para ajustar los controles según las recomendaciones aplicables del informe de la Oficina de Control Interno.
   - Mesa de trabajo con el equipo de comunicaciones para ajustar los controles según las recomendaciones aplicables del informe de la Oficina de Control Interno.
   - Mesa de trabajo con el equipo de mercadeo para ajustar los controles según las recomendaciones aplicables del informe de la Oficina de Control Interno.
   - Mesa de trabajo con el equipo de gestión de infraestructura para ajustar los controles según las recomendaciones aplicables del informe de la Oficina de Control Interno.
   - Realizar cuadro de seguimiento por parte de la segunda línea de defensa para la totalidad de los riesgos en el 2026.

10. **Capacitar a los colaboradores de la entidad sobre los riesgos en los procesos de inducción y reinducción:**
    - No aplica.

11. **Documentar, socializar y acompañar la implementación del ciclo general de riesgos, conforme a los procesos asignados:**
    - Ajustar en Almera los cambios realizados en las mesas de trabajo.
    - Realizar seguimientos al cargue de las evidencias realizadas por los lideres de los procesos asignados.
    - Revisar y analizar las evidencias frente a su pertinencia y calidad para la mitigación de los riesgos identificados.

12. **Elaborar los procedimientos del ciclo general de riesgos:**
    - No aplica.

13. **Gestionar las actas de reunión correspondientes a las mesas de trabajo, socializaciones y capacitaciones de los subprocesos asignados:**
    - Realizar actas de mesas de trabajo ejecutadas en el mes de junio.
    - Brindar apoyo en revisión de calidad de información de la Oficina de Gestión del Riesgo.
    - Revisar el estado de las actas de la oficina de gestión del riesgo para cargue de evidencias en el POA.

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52772042		BETANCOURT PEÑA LUZ DALIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 19 N 32-47	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2871500	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	361010706	9505204937	I	2026/06/10	2026/06/03	BANCO DAVIVIENDA	0	$894,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$3,081,231	$493,000			$3,081,231	$385,200			$0	$0			$3,081,231	$16,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$3,081,231	$493,000			$3,081,231	$385,200			$0	$0			$3,081,231	$16,100		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$3,081,231	$493,000			$3,081,231	$385,200			$0	$0			$3,081,231	$16,100		$0	$0
1	CC	52772042	BETANCOURT LUZ	231001	30	$3,081,231	$493,000	EPS005	30	$3,081,231	$385,200		0	$0	$0	14-23	30	$3,081,231	$16,100	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$3,081,231	$493,000			$3,081,231	$385,200			$0	$0			$3,081,231	$16,100		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52772042		BETANCOURT PEÑA LUZ DALIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 19 N 32-47	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2871500	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	361010706	9505204937	I	2026/06/10	2026/06/03	BANCO DAVIVIENDA	0	$894,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$493,000	$0	$0	$493,000
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$493,000	$0	$0	$493,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$16,100	$0	$0	$16,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$16,100	$0	$0	$16,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$385,200	$0	$0	$385,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$385,200	$0	$0	$385,200
TOTAL				1	$894,300	$0	$0	$894,300

¡Hola, Betancourt Pena Luz Dalia!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:



Valor: $ 894.300,00

Empresa: APORTES EN LINEA

Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9505204937

Fecha de la transacción: 03/06/2026

CUS: 361010706

Gracias por utilizar nuestro servicio.

Ten encuenta 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.

Para mayor información comunícate con nosotros:

En Bogotá: +57 (601) 3808890 Opción 5

Contáctanos: https://www.pse.com.co/persona-centro-de-ayuda

Un servicio de ach COLOMBIA

ACH Colombia Oficial | @ACHColombia_

ACHColombiaOficial | ACH Colombia Oficial

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ACH COLOMBIA S.A.

*AVISO DE CONFIDENCIALIDAD:

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo

Plan Premium
Plan de Atención Complementaria-PAC

LUZ DALIA BETANCOURT PENA

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. EPS SANITAS
NIT 800251440

CARRERA 19 # 32 - 47 APTO 305
BOGOTA D.C., DISTRITO CAPITAL
1437
Page 1 of 1

Somos Grandes Contribuyentes según Resolución DIAN No. 000200 de 27 de diciembre de 2024
Resolucion DIAN No. 18764098549221 del 17/09/2025 al 16/09/2027 autoriza facturacion electronica del 810-5000001 al 810-10000000 vencimiento 24 meses
Actividad Economica CIIU 6521. Responsable de IVA, Agentes Retenedor de IVA
No somos Autorretenedores

CUFE:f14e5e09c5a789253aa57b378356300fbb816f1bf515d615281ae99e824e5ab099911551e29360835e1077a200d386c3

ITEMS FACTURADOS: 1

CONTRATO REFERENCIA PARA PAGO:	**318565205**
Factura Electrónica de Venta PAC:	8107147541
Fecha y hora de Expedición:	27/05/2026 12:24:19
Pagar Antes del:	**15/06/2026**
Forma de Pago:	CREDITO
Suspensión del servicio a partir de:	16/06/2026

Concepto	Valor
CUOTA PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA EN SALUD-PAC PREMIUM DE 01/06/2026 AL 30/06/2026	$57,048
IVA 5%	$2,852
TOTAL PERIODO	**$59,900.00**

EXTRACTO AL 27/05/2026

Fecha	Concepto	Transaccion	Valor Credito	Valor Debito	Saldo
	Saldo al 28/04/2026				$0
28/04/2026	Factura	810-6890883	$59,900		$59,900
06/05/2026	PAGO	36182441		$59,900	$0
	Saldo al 27/05/2026				$0.00

Factura del Periodo 01/06/2026 al 30/06/2026 $59,900

VALOR TOTAL A PAGAR **$59,900**

Ahorra tiempo y evita desplazamientos. Estas a un clic de realizar el pago de tu plan. Utiliza nuestras plataformas electronicas: la APP y el portal WEB, disponibles las 24 horas del dia, los 7 dias de la semana, de forma facil y segura registrando la referencia de tu factura.

RECAUDO EXCLUSIVO BANCO DE BOGOTA

(415)7707246432000(8020)00000318565205(3900)000000059900(96)20260630

Para pagar favor utilizar este cupón

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo

PAGOS POR MEDIOS ELECTRÓNICOS
- ✓ Enlace www.epssanitas.com opción Afiliados PlanPremium/botón Tus cuotas mensuales
- ✓ Portal de Pagos Grupo Aval-AvalPay

PAGOS POR CORRESPONSAL BANCO DE BOGOTÁ CONVENIO (7164)
- ✓ Efecty
- ✓ Grupo Éxito
- ✓ Copidrogas
- ✓ Red Cerca
- ✓ Full Carga
- ✓ Movil Red
- ✓ Bemovil
- ✓ Punto red
- ✓ Seapto
- ✓ Super pagos

PAGO EN OFICINA BANCO DE BOGOTÁ CUENTA 033548595

Pague su factura aquí

pse AvalPay Center

Plan Premium
Plan de Atención Complementaria-PAC

DÍA	MES	AÑO	CIUDAD	REFERENCIA PARA PAGO
				318565205
CONTRATO No.			VALOR CUOTA PERIODO	PARA PAGO TOTAL CANCELE
318565205			59,900	**59,900**

EFECTIVO

CHEQUE NO.

TOTAL

Línea telefónica Bogotá 375 9393, Cali 644 0911, Barranquilla 336 0669, Bucaramanga 685 1059, Medellín 415 8306, Línea Nacional: 018000957010

Fabricante Software: Sonda de Colombia Nit 830001637/Proveedor tecnológico: Transfiriendo Nit 900032159

¡Hola, Betancourt Pena Luz Dalia!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: $ 59.900
Empresa: E.P.S. SANITAS S.A.
Descripción: LUZ DALIA BETANCOURT PEÑA
Fecha de la transacción: 03/06/2026
CUS: 360835151

Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten encuenta 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.

Para mayor información comunícate con nosotros:

En Bogotá: +57 (601) 3808890 Opción 5
Contáctanos: https://www.pse.com.co/persona-centro-de-ayuda

Un servicio de ach COLOMBIA

ACH Colombia Oficial | @ACHColombia_
ACHColombiaOficial | ACH Colombia Oficial

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
ACH COLOMBIA S.A.

*AVISO DE CONFIDENCIALIDAD:
La información contenida en este email está destinada para el uso del individuo o entidad a la cual está direccionado y contiene información que es de carácter Confidencial o Privada. Si usted no es el destinatario autorizado, cualquier retención, distribución, utilización, divulgación o copia del presente mensaje está terminantemente prohibida y puede ser sancionada por la ley. Si por error recibe este mensaje, favor notificar al remitente o a la dirección https://www.pse.com.co/web/guest/persona-centro-de-ayuda en el botón habla con nosotros, y elimine el mensaje y cualquier copia del mismo de forma inmediata. Este mensaje ha sido revisado con software antivirus, para evitar que contenga código malicioso que pueda afectar sistemas de cómputo, sin embargo, es responsabilidad del destinatario confirmar este hecho en el momento de su recepción. El presente mensaje no es una declaración oficial de ACH