SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**ARGENIS ALZATE ARENAS**			**CC:**	**1024506729**
CORREO ELECTRÓNICO:	**alzate.0033@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3102220805**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 9 ETSE 45B 46 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488435317067**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7468 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.543.400**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/09**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31**				

ARGENIS ALZATE ARENAS
PS_7468_2025_165C66

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ARGENIS ALZATE ARENAS
CC: 1024506729
CEL: 3102220805

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** **AP-IA-FT-077** **VERSIÓN: 2** **FECHA: 2025-06-09**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
ARGENIS ALZATE ARENAS			
	CON C.C N°	**1.024.506.729**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR TECNICO MAS BIENESTAR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION 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 7468 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/09**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.285.280	**No. HORAS EJECUTADAS**	**157**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 29.112.480	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.543.400
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. Actividad desarrollada: Ejecuté de manera oportuna las intervenciones del plan de cuidado extramural asignadas a la población objeto, adhiriéndome estrictamente a los estándares de calidad exigidos dentro del convenio. 1.2. Soporte: Registré las atenciones efectuadas en la plataforma oficial, diligencié los formatos establecidos y bases de datos.
2	2. OBLIGACIÓN: 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. 2.1. Actividad desarrollada: No realicé ni presenté el cronograma de actividades planeadas para este mes, ya que no aplicó para el periodo a certificar 2.2. Soporte: No entregué ni adjunté ninguna programación de actividades para el periodo certificado.
3	3. OBLIGACIÓN: APOYAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, PRESENTANDO LA INFORMACIÓN Y/O SOPORTES QUE SE SOLICITE CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 3.1. Actividad desarrollada: Brindé soporte operativo en el despliegue de las intervenciones del equipo básico extramural, recopilando y entregando oportunamente los soportes documentales requeridos según las directrices técnicas del convenio. 3.2. Soporte: Compilé el repositorio de evidencias documentales y suscribí las actas de entrega de los soportes institucionales solicitados.
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 HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. 4.1. Actividad desarrollada: Participé activamente en la implementación de las acciones correctivas y preventivas definidas en el plan de mejoramiento, velando por el cumplimiento de los estándares de habilitación y la calidad en la atención domiciliaria. 4.2. Soporte: Apliqué las listas de chequeo de estándares de habilitación y firmé las actas de seguimiento del servicio.
5	5. OBLIGACIÓN: REALIZAR APROPIACIÓN CONCEPTUAL DESDE SU PERFIL CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 5.1. Actividad desarrollada: Estudié e incorporé a la práctica diaria los lineamientos conceptuales y protocolos operativos vigentes del convenio para el perfil de Auxiliar de Enfermería, garantizando un abordaje técnico uniforme en territorio. 5.2. Soporte: entregué registros de actividades diarias consignadas en los formatos de captura para el abordaje territorial, con calidad y cumplimiento.
6	6. OBLIGACIÓN: DESARROLLAR PROCESOS DE ASISTENCIA TÉCNICA DESDE LOS DIFERENTES PROCESOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES CONFORME A SU SABER DISCIPLINAR Y PROFESIONAL, EN FUNCIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS PROCESOS TRANSVERSALES. 6.1. Actividad desarrollada: Recibí el acompañamiento y la transferencia de conocimiento en los componentes de mi competencia disciplinar, respondiendo a los requerimientos y necesidades de los procesos transversales del convenio. 6.2. Soporte: Informes de asistencia técnica y registré mi participación en las listas de asistencia a las jornadas de orientación.
	7. OBLIGACIÓN: 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 EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 7.1. Actividad desarrollada: Efectué la depuración, verificación

7	cualitativa y alistamiento de la totalidad de los formatos e instrumentos generados en las intervenciones de campo, asegurando su coherencia documental antes de su radicación.7.2. Soporte: Verifiqué los formatos de campo recolectados y gestioné el acta de entrega física y digital del archivo documental de mi micro territorio.
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. Actividad desarrollada: No participé en la organización de reuniones con la comunidad ni con otras instituciones durante este mes. 8.2. Soporte: No participe en acercamientos con lideres comunitarios, debido a que no se hicieron actividades comunitarias en este periodo.
9	9. OBLIGACIÓN: ACTIVAR Y NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES. 9.1. Actividad desarrollada: Identifiqué durante el abordaje las patologías y condiciones de riesgo sujetas a vigilancia o tratamiento especial, procedí con a ingresar la información en el formato para el abordaje 9.2. Soporte: Diligencié los formatos de captura y notificación de cada uno de mis intervenciones
10	10. OBLIGACIÓN: 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 EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 10.1. Actividad desarrollada: Asistí de a las jornadas de actualización técnica convocadas por la Secretaría Distrital de Salud, adaptando las metodologías expuestas para el cumplimiento de las metas contractuales. 10.2. Soporte: Firmé los listados de asistencia oficial y registré los compromisos institucionales establecidos en las sesiones desarrolladas.
11	11. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo con la normatividad y tabla de retención documental. 11.1. Actividad desarrollada: Clasifiqué, organicé y entregué cronológicamente la documentación física y digital derivada de la gestión extramural, aplicando rigurosamente los criterios institucionales. 11.2. Soporte: Hice entrega del inventario documental institucional bajo las normas de la entidad.
12	12. OBLIGACIÓN: REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN. 12.1. Actividad desarrollada: Atendí con oportunidad los requerimientos y asignaciones extraordinarias ordenadas por el supervisor del contrato, alineadas con la naturaleza del perfil técnico de auxiliar de enfermería 12.2. Soporte: Recibí las instrucciones por los canales institucionales y registré el cumplimiento en los formatos específicos de la supervisión.
13	13. OBLIGACIÓN: REALIZAR CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA A COMPLETITUD, CON CALIDAD Y VERACIDAD REALIZANDO LOS TAMIZAJES CORRESPONDIENTES SEGÚN LINEAMIENTO EN EL DESARROLLO DE LA CARACTERIZACIÓN (APGAR, TOMA DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS SEGÚN RESOLUCIÓN 3280-2018, OMS, FINDRISC, CUESTIONARIO DE EPOC Y PLANILLA DE FIRMAS), TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS SON SUJETOS DE AUDITORÍA. 13.1. Actividad desarrollada: Ejecuté la caracterización sociodemográfica domiciliaria aplicando los instrumentos de tamizaje obligatorios (APGAR familiar, toma de tensión arterial, peso y talla, escalas FINDRISC y cuestionario EPOC), garantizando la firma del usuario, cuando aplicó. 13.2. Soporte: Diligencié en físico los instrumentos de tamizaje y recolecté la totalidad de las firmas en las planillas oficiales de soporte, cuando aplicó
14	14. OBLIGACIÓN: DILIGENCIAR LA INFORMACIÓN DE LA CARACTERIZACIÓN 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 INTERVENCIÓN, TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS SON SUJETOS DE AUDITORÍA. 14.1. Actividad desarrollada: Digité en el aplicativo GTAPS la totalidad de los datos recolectados en terreno, cumpliendo rigurosamente con el estándar temporal de las primeras 24 horas posteriores a la intervención extramural. 14.2. Soporte: Cargué exitosamente la información solicitada en la plataforma GTAPS, en los tiempos requeridos
15	15. OBLIGACIÓN: PRESENTAR EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES E INSUMOS PREPARADOS (MAPAS BASE, MATRICES, CARTOGRAFÍA, DATOS CATASTRALES Y POBLACIONALES). 15.1. Actividad desarrollada: No realicé los insumos geográficos, poblacionales y cartográficos, ya que no se requirieron, para mi perfil de auxiliar de enfermería. 15.2. Soporte: No realicé los mapas base de los micro territorios definidos.
16	16. OBLIGACIÓN: PRESENTAR MAPA CON REGISTRO DEL EJERCICIO DE CARTOGRAFÍA REALIZADO POR EL GESTOR. MATRIZ DE INFORMACIÓN CUANTITATIVA Y CUALITATIVA, CON EL REGISTRO REALIZADO POR PARTE DEL GESTOR. 16.1. Actividad desarrollada: No realice mapa territorial con el registro grafico, ya que desde mi perfil no se solicitó 16.2. Soporte: No realice el mapa de cartografía social sectorizado para el mes a certificar
17	17. OBLIGACIÓN: PARTICIPAR EN EL COMITÉ TERRITORIAL EN EL QUE PARTICIPA TODO EL EQUIPO REVISIÓN Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN (CARTOGRAFÍA, MATRIZ, INFORME Y CONCLUSIONES DE COMITÉ DE CUIDADO).17.1. Actividad desarrollada: Intervine activamente en las sesiones del comité territorial aportando al análisis técnico de la cartografía, las matrices de datos y la formulación de las conclusiones del comité de cuidado. 17.2. Soporte: Firmé el acta formal del comité territorial, registré mi asistencia y validé los compromisos del equipo del micro territorio.
18	18. OBLIGACIÓN: REALIZAR EL REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES EN INSTRUMENTOS DEFINIDOS PARA CAPTURA DE INFORMACIÓN CON CALIDAD (PLANILLA DE FAMILIAS CON CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ATENCIÓN INICIAL DESDE ABORDAJE TERRITORIAL, APLICATIVO EN LÍNEA DEFINIDO POR SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD). 18.1. Actividad desarrollada: Consolidé la información de las intervenciones iniciales en la planilla de familias, garantizando la obtención previa del consentimiento informado firmado cuando aplicó y el cargué en el aplicativo web institucional. 18.2. Soporte: Diligencié las planillas de abordaje territorial con las firmas de consentimiento informado e ingresé el historial de registros en la plataforma en línea.
19	19. OBLIGACIÓN: GESTIONAR Y ACTIVAR LOS RIESGOS EN SALUD IDENTIFICADOS CON OPORTUNIDAD A TRAVÉS DEL AGENDAMIENTO, ACTIVACIONES DE RUTA O FORMATOS DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA SEGÚN CORRESPONDA. 19.1. Actividad desarrollada: Gestioné de forma inmediata las alertas tempranas de salud identificadas en el hogar, activando las rutas de atención sectoriales, tramitando agendas prioritarias y notificando los eventos epidemiológicos pertinentes, cuando el caso así lo requirió. 19.2. Soporte: Tramité los formatos de activación de rutas de salud y archivé los comprobantes de asignación de citas o canalización efectiva.

20	20. OBLIGACIÓN: 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. 20.1. Actividad desarrollada: Di estricto cumplimiento a la totalidad de las directrices, responsabilidades y lineamientos técnico-operativos vigentes asignados a mi perfil en el marco del convenio extramural. 20.2. Soporte: Atendí las evaluaciones de desempeño de la supervisión e integré los datos al informe definitivo de metas institucionales alcanzadas.

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 (2026-07-01) AL (2026-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1082686367	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/07/10	$ 218.900
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/07/10	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/07/10	$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 541.800

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	*ARGENIS ALZATE ARENAS* *PS_7468_2025_165C66* **ARGENIS ALZATE ARENAS** **CC: 1024506729**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ* *PS_7468_2025_165C66* **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_7468_2025_165C66* **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-07-10, 12:14:03 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1082686367

Periodo Cotización: junio de 2026 **Periodo Servicio:** junio de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8870802910

PAGADO 10/07/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ARGENIS ALZATE ARENAS		
Documento	CC1024506729	**Dirección**	CR 9 ESTE #45 B - 46 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3166160466
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1024506729	ARGENIS ALZATE ARENAS	59	00																	0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.750.905	$ 218.900	2,436	$ 1.750.905	$ 42.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 0	$ 280.200	$ 218.900	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800	$ 1.000	$ 542.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

Banco Davivienda S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Transacción exitosa

Destino de pago

SISTEMA INTEGRADO MULTIPLE DE PAGOS ELECTRONICOS S

Motivo

Pago PSE. Ref:8870802910-202606-1975363. idTrans:1975363

Fecha y hora de la transacción

Julio 10 de 2026 - 11:56 am

Valor

$542.800

Impuestos

$0

Costo de la transacción

$0 IVA incluido

Referencia 1

02

Referencia 2

900097333

Referencia 3

6311

Dirección IP

190.61.45.106

Código único CUS

469541552

Número de factura

178370253039877

Número de aprobación

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 Contr...
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación d

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

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

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
☐	PS_7468_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	PS_7468_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	Proveedor
☐	PS_7468_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf	PS_7468_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf	Proveedor
☐	PS 7468 2025 CUENTADE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	PS 7468 2025 CUENTADE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor
☐	PS_7468_2025_CUENTA_DE_COBRO_FEBRERO_2026.pdf	PS_7468_2025_CUENTA_DE_COBRO_FEBRERO_2026.pdf	Proveedor
☐	PS_7468_2025_CUENTA_DE_COBRO_MARZO_2026.pdf	PS_7468_2025_CUENTA_DE_COBRO_MARZO_2026.pdf	Proveedor
☐	COMUNICACION SUPERVISOR PS 7468 2025 8-5-26.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 7468 2025 8-5-26.pdf	Comprador
☐	PS_7468_2025_CUENTA_DE_COBRO_ABRIL_2026.pdf	PS_7468_2025_CUENTA_DE_COBRO_ABRIL_2026.pdf	Proveedor
☐	PS_7468_2025_CUENTA_DE_COBRO_MAYO_2026.pdf	PS_7468_2025_CUENTA_DE_COBRO_MAYO_2026.pdf	Proveedor
☐	PS_7468_2025_CUENTA_DE_COBRO_JUNIO_2026.pdf	PS_7468_2025_CUENTA_DE_COBRO_JUNIO_2026.pdf	Proveedor

B

Cancelar

< Evaluación d